



Laporan Hasil Penelitian Kelompok

**PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION ISLAMIC THERAPY*  
TERHADAP BEBAN DAN KEMAMPUAN KELUARGA DALAM  
MERAWAT KLIEN GANGGUAN JIWA  
Di Kecamatan Kalirejo Lampung Tengah**

Penelitian ini dibiayai oleh DIPA IAIN Raden Intan Lampung  
Tahun 2012

Tim Peneliti:

Rika Damayanti, M.Kep.Sp.Kep.J.

Andi Thahir, M.A.

Tin Amalia Fitri, S.Sos., M.Si.

**LEMBAGA PENELITIAN  
INSTITUT AGAMA ISLAM NEGERI  
RADEN INTAN LAMPUNG  
2012**

**Pengaruh *Family Psyoeducational Islamic Therapy*  
terhadap beban dan pengetahuan keluarga  
dalam merawat klien gangguan jiwa  
di Kecamatan Kalirejo  
Lampung Tengah**



**PENELITI :**

**Rika Damayanti, M.Kep.,Sp.Kep.J  
Andi Thahir, S.Pt.,S.Psi.,M.A  
Tin Amaliah, S.Sos.,M.Si**

**FAKULTAS TARBIYAH  
IAIN RADEN INTAN LAMPUNG  
2012**

## Abstrak

Gangguan jiwa adalah adanya respon maladaptif yang dapat dilihat dari penilaian individu secara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Jumlah penderita gangguan jiwa semakin meningkat seiring dengan semakin kompleksnya permasalahan kehidupan. Jumlah penderita gangguan jiwa di Kecamatan Kalirejo Lampung Tengah mencapai 1% setelah dilaksanakannya program deteksi dini sebagai salah satu kegiatan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat. Hal ini menimbulkan stress dan beban tersendiri bagi keluarga yang merawat. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa. Desain penelitian *quasi eksperiment* dengan pendekatan *pre post test without control group*. Penelitian dilakukan di 7 kampung di Kecamatan Kalirejo menggunakan *stratified random sampling* yaitu 15 keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. *Family Psychoeducational Islamic Therapy* merupakan sebuah metode terapi keluarga yang dikembangkan untuk memberikan dukungan kepada keluarga melalui aplikasi nilai-nilai Islam dalam merawat klien gangguan jiwa. Terapi dilakukan melalui 5 sesi. Hasil uji statistik *dependen t-test* menunjukkan penurunan beban keluarga sebanyak 0.67 point dan peningkatan pengetahuan keluarga secara bermakna sebanyak 18,2667 point setelah mendapat terapi (*p value 0.00*). Diharapkan *Family Psychoeducational Islamic Therapy* dapat dilaksanakan secara komprehensif dan berkesinambungan pada keluarga dengan gangguan jiwa untuk peningkatan kualitas hidup klien dan keluarga.

Kata kunci: gangguan jiwa, beban, pengetahuan keluarga *family psychoeducational Islamic therapy*

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar belakang**

Seseorang dikatakan memiliki jiwa yang sehat apabila mampu menampilkan fungsi mental, melakukan aktivitas produktif, nyaman berhubungan sosial dan mampu beradaptasi dengan perubahan serta mampu mengatasi kesulitan (Mohr, 2006), sedangkan Shives (2005), menyatakan bahwa kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan positif yang ditandai dengan adanya rasa tanggung jawab, menunjukkan kesadaran diri, mampu mengaktualisasikan diri, bebas dari rasa cemas dan mengatasi masalah yang dihadapi sehari-hari. Dapat disimpulkan bahwa konsep kesehatan jiwa bukan lagi suatu kondisi sehat atau sakit melainkan kondisi optimal yang ideal dalam perilaku dan fungsi sosial, sehingga seseorang dikatakan sehat jika mampu berkarya, mampu bersosialisasi dan menikmati waktu senggang.

Stuart (2009), mengatakan bahwa kesehatan jiwa berada dalam sebuah rentang respon dari adaptif sampai maladaptif, mulai dari sehat jiwa, masalah psikososial sampai gangguan jiwa. Gangguan jiwa adalah respon maladaptif terhadap stresor internal dan eksternal yang ditunjukkan dengan pikiran,

perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma budaya, mengganggu hubungan sosial, pekerjaan dan fungsi fisik (Townsend, 2009), sedangkan Videbeck (2011), menyatakan bahwa gangguan jiwa adalah suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang secara klinis terjadi pada seseorang dan dikaitkan dengan adanya distress dan disabilitas atau disertai peningkatan risiko kematian. Departemen Kesehatan (2003), mengatakan bahwa gangguan jiwa adalah respon maladaptif terhadap stressor dari dalam atau luar lingkungan yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya, kebiasaan atau norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, kegiatan atau fungsi tubuh. Sehingga dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa adalah adanya respon maladaptif yang dapat dilihat dari penilaian individu secara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial

Hasil riset Badan Kesehatan Dunia/ WHO (2001), memperkirakan secara global 154 juta orang mengalami Depresi, 25 juta orang menderita Skizofrenia, 15 juta orang dibawah pengaruh penyalahgunaan zat terlarang, 50 juta orang menderita Epilepsi dan sekitar 887.000 orang meninggal karena bunuh diri tiap tahunnya (*Aide Medicale Internasional*, 2008). Jumlah ini diperkirakan semakin bertambah dari tahun ke tahun

mengingat semakin kompleksnya masalah yang dihadapi manusia.

Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 0.46 permil dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat. Prevalensi gangguan jiwa berat tertinggi terdapat di provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta (20.3 permil), Selain masalah gangguan jiwa berat, Riskesdas mengidentifikasi prevalensi masalah mental emosional, yaitu sebesar 11,6%. Provinsi dengan masalah mental emosional terbanyak adalah Jawa Barat sebesar 20,0%. Dengan demikian masalah mental emosional atau yang dalam pelayanan kesehatan jiwa disebut sebagai masalah psikososial angkanya jauh melampaui prevalensi gangguan jiwa berat. Angka inipun diperkirakan akan semakin bertambah disebabkan semakin kompleksnya masalah yang dihadapi oleh bangsa Indonesia, mulai dari kemiskinan, pengangguran, bencana yang datang silih berganti serta situasi politik yang semakin tidak menentu.

Pendekatan pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat (*community based*) menjadi hal yang prioritas untuk

membantu memulihkan kondisi kejiwaan klien. Fenomena pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat ini harus menjadi fokus perhatian karena indikator kesehatan jiwa di masa mendatang bukan lagi masalah klinis seperti prevalensi gangguan jiwa, melainkan berorientasi pada konteks kehidupan sosial. WHO (2001) menegaskan fokus kesehatan jiwa bukan lagi hanya menangani orang sakit melainkan pada *Quality of Life (QOL)*. Dengan lingkungan komunitas yang bersifat terapeutik dan mendukung klien, akan dapat dipertahankan masa kesembuhan klien selama mungkin. Sebaliknya jika keluarga dan komunitas kurang mendukung maka angka kekambuhan akan menjadi lebih cepat.

Meskipun gangguan mental tidak menyebabkan kematian secara langsung namun akan menyebabkan penderitanya menjadi tidak produktif dan menimbulkan beban bagi keluarga penderita dan lingkungan masyarakat sekitarnya. Sampai saat ini, perhatian pemerintah terhadap kesehatan jiwa di tanah air boleh dikatakan kurang memuaskan dan kurang mendapat perhatian oleh karena tidak langsung terkait sebagai penyebab kematian. Perhatian terhadap masalah kesehatan mental meningkat setelah *World Health Organization (WHO)* pada tahun 1993 melakukan penelitian tentang beban yang ditimbulkan akibat penyakit dengan mengukur banyaknya tahun

suatu penyakit dapat menimbulkan ketidakmampuan penyesuaian diri hidup penderita (*Disability Adjusted Life Years/DALYs*). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ternyata gangguan mental mengakibatkan beban cukup besar yaitu 8,1 persen dari *global burden of disease* (GBD) melebihi beban yang diakibatkan oleh penyakit tuberkulosis dan kanker. Dari 8,1 persen GBD yang ditimbulkan oleh gangguan neuropsikiatri, gangguan depresi memberikan beban terbesar yaitu 17,3 persen, sedangkan gangguan psikosis memberikan beban 6,8 persen (Hartanto, 2003). Gangguan jiwa walaupun tidak langsung menyebabkan kematian, namun akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban berat bagi keluarga, baik mental maupun materi karena penderita tidak dapat lagi produktif (Hasmilasari, 2009)

Pelayanan kasus psikiatri dikatakan mahal karena gangguannya bersifat jangka panjang (Videbeck, 2008). Biaya berobat yang harus ditanggung pasien tidak hanya meliputi biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat, jasa konsultasi tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya (Djarmiko, 2007). Gangguan jiwa ringan dan berat sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup dan produktivitas individual/keluarga karena akibat yang ditimbulkan menetap



seumur hidup, bersifat kronik dengan tingkat kekambuhan yang dapat terjadi setiap saat sehingga pada akhirnya menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Sejalan dengan dampak ekonomi yang ditimbulkan berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus merawat serta tingginya biaya pelayanan yang harus ditanggung keluarga maupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia dapat dikatakan belum memuaskan. Dari segi pendanaan, pemerintah hanya mengalokasikan anggaran di bawah 1% untuk penyakit jiwa dari total anggaran kesehatan di Indonesia (Irmansyah, 2006). Data Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI), saat ini hanya tersedia sekitar 8.500 tempat tidur di rumah sakit jiwa seluruh Indonesia padahal jumlah penderita gangguan jiwa berat di Indonesia diperkirakan sekitar 10 juta jiwa. Kondisi di atas masih ditambah dengan minimnya jumlah tenaga kesehatan yang bergerak di bidang kesehatan jiwa seperti psikiater dan perawat kesehatan jiwa. Kecilnya anggaran untuk menangani klien gangguan jiwa juga berdampak pada pelayanan kesehatan di rumah sakit jiwa sehingga untuk mengatasinya diharapkan perbaikan penanganan di sektor masyarakat dan komunitas.

Masyarakat mempunyai potensi untuk mengatasi

masalah tersebut sehingga perlu dirubah kesadarannya untuk terlibat dalam upaya preventif dan promotif (Djatkiko, 2007). Sejalan dengan paradigma sehat yang dicanangkan Departemen Kesehatan yang lebih menekankan upaya proaktif dan berorientasi pada upaya kesehatan pencegahan (preventif) dan promotif maka penanganan masalah kesehatan jiwa telah bergeser dari *hospital based* menjadi *community based psychiatric services*. Gangguan jiwa dapat dicegah dan diatasi, untuk itu penyelesaiannya tidak hanya oleh tenaga kesehatan tetapi juga perlu melibatkan peran aktif semua pihak terutama keluarga.

Penyelesaian masalah saat merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat ditentukan oleh faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga. Menurut Green (1980, dalam Notoatmodjo, 2000), perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu *predisposing factor* (faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan, sikap, sistem nilai, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi), *enabling factor* (faktor pemungkin yang meliputi ketersediaan sarana dan prasarana, fasilitas kesehatan) dan *reenforcing factor* (faktor penguat yang meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat dan petugas kesehatan, undang-undang dan peraturan pemerintah). Berdasarkan paparan diatas, dapat disimpulkan bahwa kemampuan keluarga dalam merawat

anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dipengaruhi oleh banyak faktor yang harus diketahui dan dimiliki oleh keluarga sehingga dapat memberikan asuhan yang berkualitas kepada klien.

Penelitian yang dilakukan oleh Wardaningsih (2007) tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta. Hasil penelitian ditemukan adanya pengaruh psikoedukasi keluarga secara bermakna dalam menurunkan beban keluarga dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Sejauh ini peneliti belum menemukan hasil penelitian yang membahas tentang pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* dalam merawat klien gangguan jiwa

Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan merupakan “perawat utama” bagi klien. Oleh karenanya peran keluarga sangat besar dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah. Jika keluarga dipandang sebagai suatu sistem maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota dapat mempengaruhi seluruh sistem, sebaliknya disfungsi keluarga merupakan salah satu penyebab gangguan pada anggota keluarga. Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa angka kekambuhan pada pasien tanpa terapi keluarga

sebesar 25 – 50 %, sedangkan angka kambuh pada pasien yang diberikan terapi keluarga adalah sebesar 5 – 10 % (Keliat, 2006). Hal ini dapat disebabkan kurangnya dukungan keluarga terhadap klien sehingga diharapkan dengan meningkatkan dukungan keluarga melalui intervensi psikoedukasi keluarga dapat mengurangi angka kekambuhan klien

Terapi keluarga merupakan suatu cabang ilmu konseling yang relatif baru yang muncul di sekitar tahun 1950-an, sebagai suatu reaksi/koreksi atas psikoanalisa yang ditemukan oleh Sigmund Freud. Para pionir terapi keluarga memandang psikoanalisa sebagai sesuatu yang ‘gagal’ karena klien harus dikonseling sendirian. Salah satu pionir terapi keluarga adalah Virginia Satir yang meyakini bahwa klien yang sedang dikonseling mempengaruhi dan dipengaruhi oleh anggota keluarga yang lain. Dalam perkembangannya muncul berbagai aliran dalam terapi keluarga seperti *Bowen Family Systems Therapy* oleh Murray Bowen, *Structural Family Therapy* oleh Salvador Minuchin, *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) oleh Aaron Beck dan Albert Ellis, *Experiential Family Therapy*, termasuk *Client-Centered Therapy* oleh Carl Rogers dan *Model Satir* oleh Virginia Satir (2008). Dari pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga mempunyai peran penting dalam membentuk ‘*performance*’ seseorang karena dinamika

hubungan antar manusia dalam satu sistem keluarga sangat mempengaruhi hubungan seseorang dengan sistem di luar keluarganya.

*Family psychoeducation Islamic therapy* adalah salah satu bentuk terapi kepada keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi nilai-nilai Islam dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan jiwa melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatis (Stuart & Laraia, 2005). Carson (2000) menyatakan bahwa psikoedukasi merupakan suatu alat terapi keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Tujuan umum dari *Family Psychoeducation Islamic Therapy* adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkatan yang rendah sehingga dapat meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit dan mengajarkan keluarga tentang upaya membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku serta mendukung kekuatan keluarga. Terapi ini dirancang terutama untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan tehnik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, serta membantu keluarga dalam

mengatasi stress dan beban yang dirasakan akibat merawat anggota keluarga yang sakit. Terapi keluarga ini dapat dilaksanakan sejalan dengan program pelayanan kesehatan jiwa masyarakat.

Pelayanan kesehatan jiwa komunitas di Indonesia pertama kali diaplikasikan secara nyata pada tahun 2005 di Nangroe Aceh Darussalam (NAD) yang dilakukan dalam usaha untuk menangani dampak masalah psikososial atau gangguan jiwa lainnya akibat terjadinya bencana Tsunami dan gempa bumi tanggal 26 Desember 2004 dengan membentuk “Desa Siaga Sehat Jiwa”. Kelurahan Siaga Sehat Jiwa yang diterapkan di NAD memberikan dampak yang positif terhadap kesehatan jiwa masyarakat terutama klien yang mengalami gangguan jiwa paska terjadinya bencana. Hal ini menjadi pertimbangan melakukan pembentukan Kelurahan Siaga Sehat Jiwa berikutnya yaitu di wilayah Bogor. Selanjutnya program ini berkembang juga di beberapa propivinsi di Indonesia termasuk di Provinsi Lampung. Di Provinsi Lampung program kesehatan jiwa masyarakat pertama kali direspon oleh Dinas Kesehatan Lampung Tengah khususnya oleh Puskesmas Kalirejo, sehingga Kecamatan Kalirejo menjadi kecamatan pertama di Propinsi Lampung yang melaksanakan program pelayanan kesehatan jiwa masyarakat.

Salah satu tahapan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yaitu kegiatan deteksi dini gangguan jiwa yang dilaksanakan secara *home visite* pada tujuh kampung di Kecamatan Kalirejo. Hasil kegiatan deteksi dini gangguan jiwa menunjukkan angka gangguan jiwa sebesar 242 jiwa dari jumlah penduduk sebesar 24.245 jiwa. Angka ini menunjukkan jumlah gangguan jiwa di Kecamatan Kalirejo sebesar 1%, melebihi angka nasional sebesar 0,46% (Puskesmas Kalirejo, 2011). Kondisi ini menyebabkan produktivitas menurun sehingga bisa menyebabkan potensi ekonomi hilang sebesar 237.644.000 rupiah/ bulan berdasarkan Upah Minimum Regional Kabupaten Lampung Tengah sebesar Rp. 982.000;/bulan (*Human Resource Community*, 2012). Jika ada anggota keluarga yang juga menjadi tidak produktif karena harus merawat anggota keluarga yang sakit maka potensi ekonomi yang hilang di Kecamatan Kalirejo bertambah menjadi dua kali lipat.

Berdasarkan kondisi di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh *Family Psycosocial Islamic Therapy* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di Kecamatan Kalirejo Lampung Tengah.

## **1.2 Rumusan Masalah Penelitian**

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang dapat membantu klien dengan gangguan jiwa untuk beradaptasi dan meningkatkan kemampuannya dalam masyarakat. Jika keluarga memiliki pengaruh yang positif pada anggotanya, mereka akan mempunyai rasa dan pengakuan diri serta harga diri yang positif dan menjadi produktif sebagai anggota masyarakat. Pada kenyataannya, keluarga sering merupakan faktor pencetus timbulnya masalah kesehatan mental klien termasuk sikap keluarga yang tidak terapeutik terhadap klien dan kurangnya pengetahuan mengenai peran serta keluarga sehingga tidak mampu mendukung dalam perawatan klien. Keluarga juga cenderung menganggap penderita gangguan jiwa sebagai beban dari segi ekonomi dan aib yang harus ditutupi dari pandangan masyarakat.

Dari data-data di atas didapatkan rumusan masalah sebagai berikut :

1. Belum dilakukannya tindakan *Family Psychoeducational Islamic Therapy* untuk keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa
2. Belum optimalnya pelayanan kesehatan jiwa dengan pemberian nilai-nilai Islam untuk keluarga

Salah satu intervensi yang dapat diberikan pada keluarga



dengan gangguan jiwa adalah *Family Psychoeducation Islamic Therapy*. Berdasarkan rumusan masalah di atas, pertanyaan penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Apakah *Family Psychoeducational Islamic Therapy* dapat mengurangi beban keluarga klien dengan gangguan jiwa
2. Apakah *Family Psychoeducational Islamic Therapy* dapat meningkatkan pengetahuan keluarga

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1.3.2.1 Diketahui karakteristik keluarga klien dengan gangguan jiwa di Kecamatan Kalirejo (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien)
- 1.3.2.2 Diketahui beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa pada keluarga sebelum dan sesudah mendapat *Family Psychoeducational Islamic Therapy* di Kecamatan

Kalirejo.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Pelayanan kesehatan jiwa**

1.4.1.1 Dapat digunakan sebagai acuan bagi pelayanan kesehatan jiwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan jiwa khususnya pada keluarga klien dengan gangguan jiwa.

1.4.1.2 Dapat dipakai sebagai pedoman pelayanan untuk klien dengan gangguan jiwa.

1.4.1.3 Dapat memberi masukan bagi pelayanan kesehatan jiwa tentang perlunya *Family Psyoeducational Islamic Therapy* dalam meningkatkan pengetahuan keluarga klien dengan gangguan jiwa.

### **1.4.2 Bagi Perkembangan Ilmu Kesehatan Jiwa**

1.4.2.1 Dapat digunakan sebagai salah satu acuan pengembangan aplikasi dari teori kesehatan jiwa dan terapi keluarga

1.4.2.2 Dapat digunakan sebagai acuan pengembangan konsep keluarga Islami pada klien gangguan jiwa melalui pendekatan terapi keluarga.

1.4.2.3 Sebagai data dasar untuk pengembangan intervensi lanjutan yang terkait terapi keluarga

### 1.4.3 Bagi Pengembangan Metodologi Penelitian

1.4.3.1 Dapat memberikan gambaran bagi penelitian berikutnya khususnya terapi keluarga dengan kasus gangguan jiwa.

1.4.3.2 Hasil penelitian dapat direkomendasikan untuk penelitian lebih lanjut dalam rangka mengoptimalkan peran keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

Tinjauan teoritis ini dimulai dengan pemahaman tentang konsep keluarga secara umum dan keluarga dengan gangguan jiwa, kemudian bagaimana beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien dan kaitannya dengan penerapan *Family Psychoeducational Islamic Therapy*.

#### **2.1 Konsep Keluarga**

##### **2.1.1 Pengertian Keluarga**

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan emosional, darah atau keduanya dimana berkembangnya pola interaksi dan *relationship* (Carter & McGoldrick, 1996 dalam Boyd, 2002). Hanson dan Boyd (1996) dalam Frisch (2006) mempunyai pengertian lain, keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan dihubungkan oleh kasih sayang, tanggung jawab bersama dalam jangka waktu tertentu yang dikarakteristikan melalui komitmen, membuat keputusan bersama dan mencapai tujuan bersama. Struktur dan peran yang dimiliki oleh para anggotanya sangat bervariasi dari

suatu masyarakat ke masyarakat lain, istilah keluarga tidak mudah didefinisikan. Secara dinamis individu yang membentuk sebuah keluarga dapat digambarkan sebagai anggota dari grup masyarakat yang paling dasar yang tinggal bersama dan berinteraksi untuk memenuhi kebutuhan individu maupun antar individu mereka.

Sebuah keluarga yang sehat akan menghasilkan individu dengan berbagai ketrampilan yang akan membimbing individu berfungsi dengan baik di lingkungan mereka, termasuk lingkungan kerja meskipun individu tersebut berasal dari berbagai kultur yang berbeda. Keterampilan tersebut akan dipelajari melalui berbagai aktivitas/kegiatan yang dihubungkan dengan kehidupan keluarga tempat individu berasal (Vaccaro, 2006). Sampai saat ini, keluarga masih tetap merupakan bagian terpenting dari jaringan sosial individu sekaligus sebagai lingkungan pertama selama tahun-tahun formatif awal untuk memperoleh pengalaman sosial dini, yang kelak akan berperan penting dalam menentukan hubungan sosial di masa depan dan juga perilaku terhadap orang lain.

Keluarga yang berhasil, berfungsi dengan baik, bahagia, dan kuat tidak hanya seimbang, perhatian terhadap anggota keluarga yang lain, menggunakan waktu bersama-sama, memiliki pola komunikasi yang baik, memiliki tingkat orientasi yang tinggi terhadap agama, tetapi juga dapat menghadapi krisis dengan pola yang positif. Krisis dalam keluarga dapat lebih dimengerti apabila tiap tahap perkembangan keluarga diteliti karena setiap tahap membutuhkan peran, tanggung jawab dalam menyelesaikan masalah dan tantangan. Suatu patologi keluarga muncul akibat dari perkembangan yang disfungsi (Varcarolis, 2006). Kerjasama antar anggota keluarga sangat dibutuhkan dalam pemecahan masalah bila ada krisis yang menghambat pengetahuan keluarga untuk melaksanakan pemecahan masalahnya sendiri secara tenang dan konstruktif.

Menurut Stuart dan Laraia (2005), disfungsi keluarga diartikan sebagai “gejala” dengan paradigma patologi dan pemberdayaan coping yang maladaptif yang meliputi hal-hal berikut :

a. Orang tua yang over protektif

- b. Peran yang terlalu mendominasi dari salah satu pihak terhadap pasangannya
- c. Keluarga dengan riwayat penganiayaan terhadap salah satu anggota keluarganya
- d. Keluarga dengan anggota yang pernah mengalami penganiayaan fisik, emosional dan seksual oleh orang lain atau dari keluarga itu sendiri
- e. Keluarga yang menjadikan anak sebagai kambing hitam untuk menutupi konflik perkawinan yang terjadi

Sebuah keluarga merupakan sebuah unit sistem yang dinamis dan interaktif dimana tiap anggota pasti mempunyai kontribusi yang signifikan dalam membentuk 'budaya', nilai dan norma, tradisi hingga model interaksi dalam keluarga tersebut. Setiap keluarga mempunyai mekanisme yang berbeda dalam menangkap dan menyikapi tekanan emosi yang dirasakan baik dari dalam ataupun dari luar lingkungan keluarga. Sehingga dari beberapa kondisi keluarga yang patologi di atas, dapat disimpulkan bahwa disfungsi keluarga adalah ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan satu atau lebih fungsinya sehingga kelak akan sangat berperan dan

mempengaruhi hampir semua aspek kehidupan dari anggotanya.

### **2.1.2 Pengetahuan keluarga**

Perilaku manusia yang sangat kompleks dapat dibagi dalam 3 domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotor (Bloom, 1956 dalam Potter & Perry, 2001). Selanjutnya ketiga domain tersebut lebih dikenal sebagai pengetahuan, sikap dan praktik.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan keluarga yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pemikiran (Craven, 2000). Pengetahuan religius atau pengetahuan keagamaan

merupakan manifestasi dari manusia sebagai makhluk Tuhan. Manusia sebagai makhluk Tuhan dapat mengalami dan merasakan suatu keharusan di dalam dirinya untuk mengakui bahwa adanya bukan adanya sendiri, tetapi adanya karena diadakan oleh Yang Maha Pencipta. Manusia mengakui suatu realitas bahwa dia sebagai makhluk yang diciptakan oleh Sang Pencipta.



Oleh karena itu ia dapat disebut makhluk Tuhan yang harus taat dan taklim kepada-Nya.

Sikap atau afektif merupakan reaksi/respon yang masih tertutup dari keluarga terhadap stimulus atau obyek (Notoatmodjo, 2003). Dapat berupa perubahan keyakinan, sikap, sensitivitas, situasi emosi, dan nilai yang lebih sulit diukur (Craven, 2000). Namun nilai religious atau nilai keagamaan merupakan fondasi dari nilai-nilai moral. Nilai moral dan nilai agama ini merupakan tuntutan dari dalam diri manusia. Dalam keluarga terjadi transformasi nilai-nilai. Seluruh nilai-nilai tersebut telah ditransformasikan ke dalam diri anggota keluarga. Sehingga nilai religious atau nilai keagamaan ini dapat digunakan dalam menghadapi masalah yang akan dihadapi, (NDnyarkara SY, 2004 dalam Masbow.com, 2010).

Psikomotor atau kemampuan praktek merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau ketrampilan (Craven, 2000). Dalam hal ini praktek-praktek ibadah yang dilakukan

keluarga akan menjadi suatu tugas dan keterampilan bagi anggota keluarga.

Karakteristik utama kemampuan keluarga adalah kemampuan untuk manajemen stres yang produktif (Fontaine, 2003). Kelelahan fisik dan emosi selama merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa sering melanda anggota keluarga sehingga bisa menyebabkan problem kesehatan karena menurunnya daya tahan tubuh dan problem interpersonal karena berkurangnya *stress tolerance*. Keterlibatan keluarga dalam membantu penyembuhan penyakit, baik fisik maupun mental atau makin seringnya komunikasi antar klien dengan keluarga akan menambah kepercayaan dan meningkatkan harga diri klien. Berikut ini akan dibahas empat hal yang mempengaruhi pengetahuan keluarga yaitu fungsi, peran, tugas dan karakteristik keluarga.

Sebagai landasan kekuatan keluarga adalah QSA/ *Baqarah 155-158*:

*“Dan pasti Kami akan menguji kamu dengan sesuatu, ketakutan dan kelaparan, dan kekurangan dalam harta dan jiwa serta buah-buahan, dan berikanlah kabar suka*

*kepada orang-orang yang sabar. Yaitu, orang-orang yang apabila musibah menimpa mereka, mereka berkata : “Sesungguhnya kami kepunyaan Allah dan sesungguhnya kepada-Nya-lah kami akan kembali. Mereka inilah yang dilimpahi berkat-berkat dan rahmat dari Tuhan mereka dan mereka itulah yang akan mendapat petunjuk.”*

#### **2.1.2.1 Fungsi Keluarga**

Menurut Carson dan Varcarolis (2006), ada beberapa kategori dan definisi fungsi yang diekspresikan dan dilakukan oleh keluarga serta dapat digunakan sebagai bentuk dukungan keluarga pada klien yang mengalami gangguan jiwa yaitu :

##### **1) Fungsi Manajemen (*Management Function*)**

Fungsi manajemen keluarga merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan pengaturan meliputi pengambilan keputusan dalam keluarga, membuat peraturan, ketetapan pendukung finansial, cara menghadapi lingkungan di luar keluarga dan perencanaan masa depan keluarga (Varcarolis, 2006). Dapat disimpulkan bahwa anak/individu akan belajar

tentang ketrampilan ”*decision making*” dan ”*responsibility*” melalui fungsi ini. Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini mengalami gangguan dalam berhubungan dengan lingkungan sekitar termasuk dengan masyarakat dan komunitas yang dapat disebabkan karena perasaan malu mempunyai salah satu anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

## 2) Fungsi Ikatan (*Boundary Function*)

Fungsi ikatan keluarga merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan keterikatan antar anggota keluarga meliputi kejelasan ikatan antar individu, ikatan antar generasi dan ikatan keluarga (Varcarolis, 2006). Menurut Wetchler (2003, dalam Varcarolis, 2006) dalam artian luas, fungsi fisik, emosional dan emosional seseorang akan berhubungan dengan tingkat perbedaan peran individu tersebut dalam keluarga dan tingkat kecemasan dalam keluarga. Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini sangat penting dilakukan dalam upaya meningkatkan semangat, motivasi dan peningkatan harga diri klien sehingga dapat

mempengaruhi pembentukan perilaku yang adaptif dari klien dalam upaya peningkatan kesehatannya. Selain itu adanya ikatan keluarga yang kuat dapat menjadikan hidup klien lebih berharga dan berarti serta bermakna atau bermanfaat bagi keluarganya. Klien akan merasa bahwa dirinya masih sangat dibutuhkan oleh orang lain khususnya oleh keluarga dimana klien tinggal.

### 3) Fungsi Komunikasi (*Communication Function*)

Fungsi komunikasi keluarga merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan pola komunikasi dalam keluarga meliputi kejujuran dan keterbukaan pesan/komunikasi yang disampaikan, tanpa manipulasi, dan ekspresi anggota keluarga dalam menanggapi hal positif dan negatif (Varcarolis, 2006). Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini memegang peranan yang sangat esensial karena secara otomatis akan berdampak langsung pada ketegangan hubungan antar anggota keluarga ataupun dengan klien. Fungsi komunikasi yang adekuat antara keluarga dengan klien dapat

memungkinkan menurunkan tingkat kekambuhan pada klien.

#### 4) Fungsi Suportif Emosional (*Emosional-Supportive Function*)

Fungsi suportif emosional keluarga merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan suportif emosional meliputi rasa hormat antar anggota keluarga, cara menghadapi konflik, penggunaan sumber daya yang ada untuk kepentingan keluarga dan memenuhi tugas perkembangan setiap anggota keluarga (Varcarolis, 2006). Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini sangat berperan dalam meningkatkan dukungan psikis antar anggota keluarga dan terutama untuk meningkatkan dukungan moral terhadap klien. Dengan adanya fungsi suportif emosional yang adekuat dari keluarga memungkinkan klien dapat beraktifitas dan memenuhi kebutuhan aktifitasnya secara optimal.

#### 5) Fungsi Sosialisasi (*Socialization Function*)

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan

kebutuhan sosialisasi meliputi pola tumbuh kembang anggota keluarga, peran anggota keluarga sesuai dengan usia dan kemampuan, pola asuh dalam keluarga, dan peran/prilaku pasangan (suami/istri) terhadap satu sama lain (Varcarolis, 2006). Menurut Friedman (1998), fungsi sosialisasi tercermin untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan-batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak serta membimbing anak untuk meneruskan nilai-nilai budaya. Melalui fungsi ini, dapat terlihat bahwa keluarga yang sehat akan berperan fleksibel dalam mengadaptasi berbagai peran baru sesuai dengan tuntutan masyarakat dan lingkungan tempat keluarga tersebut berada. Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini kemungkinan tidak dipenuhi dengan sempurna sehingga dapat mengakibatkan terganggunya tingkat perkembangan mental dan emosional salah satu anggota keluarga.

Fungsi sistem pendukung sosial ini khususnya

keluarga adalah dalam rangka meningkatkan, melindungi dan mempertahankan status kesehatan individu ke arah yang lebih baik karena dukungan sosial mempunyai hubungan yang erat dengan perilaku kesehatan seseorang. Selain itu, fungsi keluarga sangat berperan penting dalam membuat keputusan untuk melakukan upaya perawatan secara profesional untuk meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya sakit serta mempertahankan status kesehatan yang baik.

#### **2.1.2.2 Peran Keluarga**

Menurut Effendy (1998), peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasarkan oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat. Menurut Friedman (1998), menunjuk kepada beberapa perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normatif dari seorang okupan dalam situasi sosial tertentu, peran didasarkan pada preskripsi dan



harapan peran yang menerangkan apa yang harus dilakukan individu dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain menyangkut peran-peran tersebut.

Secara lebih spesifik, Keliat (1996) mengatakan pentingnya peran keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa dapat dipandang dari berbagai segi, yaitu:

1) Hubungan interpersonal dengan lingkungan.

Adanya salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam keluarga secara otomatis akan mempengaruhi pola hubungan dan cara bersikap keluarga terhadap lingkungan. Hal ini cenderung terjadi karena adanya anggapan dari pihak keluarga bahwa lingkungan sekitar memandang anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebagai individu yang dianggap menyimpang dari nilai dan norma yang dianut masyarakat sehingga perlu dijauhi dan dianggap berbahaya. Stigma inilah yang menyebabkan keluarga cenderung menyembunyikan klien

gangguan jiwa dengan cara dikurung di dalam rumah sehingga tidak menjadi bahan ejekan bagi masyarakat.

- 2) Perubahan status kesehatan salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi keluarga secara keseluruhan.

Adanya anggota keluarga yang mengidap gangguan jiwa secara tidak langsung akan menimbulkan konflik internal di dalam keluarga meliputi aspek fisik, mental dan finansial. Gangguan aspek-aspek tersebut dapat menimbulkan berbagai akibat negatif terhadap keluarga seperti perasaan cemas, kehilangan, malu, tertekan, kelelahan fisik dalam merawat klien gangguan jiwa dan juga sangat mempengaruhi segi finansial keluarga berkurangnya tenaga produktif dalam keluarga dan keterbatasan keluarga mencari sumber tambahan karena harus merawat klien gangguan jiwa.

- 3) Pelayanan kesehatan hanya berfungsi membantu

klien dan keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah dan menyelesaikan masalah secara adaptif.

Keluarga dengan gangguan jiwa sangat membutuhkan dukungan dari berbagai pihak untuk mengatasi beban yang muncul karena kondisi tersebut. Dalam situasi ini, peran tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk meminimalkan dampak negatif yang muncul karena ketidakmampuan keluarga dalam menyelesaikan masalah. Perlu digarisbawahi bahwa peran tenaga kesehatan hanya bersifat sementara sehingga perlu ditingkatkan pemberdayaan keluarga dan lingkungan sehingga dapat membantu keluarga dalam menyelesaikan masalah secara efektif.

- 4) Keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien.

Keluarga dengan gangguan jiwa seringkali dipengaruhi oleh stigma yang terlontar dari masyarakat tentang gangguan jiwa sehingga keluarga dengan didukung masyarakat kerap melakukan tindakan yang tidak masuk akal dalam

menangani klien gangguan jiwa. Tindakan tersebut dapat berupa pemasungan atau pengurungan terhadap klien gangguan jiwa dan pengabaian terhadap hak-hak dan martabat mereka sebagai manusia. Tindakan ini tidak serta merta mengurangi angka kekambuhan klien tetapi malah menimbulkan stresor baru bagi klien sehingga dapat memperparah kondisi mereka.

Dari empat peran di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam mempertahankan status kesehatan fisik dan mental setiap anggotanya. Keluarga merupakan contoh pertama bagi individu untuk memulai hubungan dengan orang lain sehingga jika terjadi gangguan pada individu tersebut akan mempengaruhi peran dan fungsi seluruh anggota keluarga yang lain baik dari segi fisik, mental dan finansial. Bantuan dari tenaga kesehatan terkadang dibutuhkan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan tetapi faktor pendukung utama yang dapat mempercepat pemulihan klien tetap

tergantung sepenuhnya kepada seluruh anggota keluarga.

### **2.1.2.3 Tugas Keluarga**

Mempertahankan status kesehatan seluruh anggota keluarga baik kesehatan fisik dan mental merupakan salah satu tugas utama keluarga. Keluarga dengan status kesehatan yang optimal merupakan aset yang sangat berharga untuk masyarakat dan negara. Warga negara yang sehat dan produktif sangat berperan dalam meningkatkan produktifitas kerja dan turut menunjang peningkatan ekonomi negara.

Menurut Friedman (1998), keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi :

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua atau keluarga.
- 2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga

yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

- 3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Keluarga hendaknya mampu memerankan tugasnya untuk merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan di rumah. Faktor lingkungan dan dukungan keluarga yang positif sangat mendukung untuk proses kesembuhan seseorang.
- 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Keluarga harus berupaya menciptakan suasana yang nyaman untuk setiap anggota keluarga. Lingkungan yang kondusif akan menciptakan kondisi mental yang sehat bagi anggota keluarga dan sekaligus meningkatkan daya tahan keluarga terhadap krisis.

- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga. Keluarga dapat merujuk salah satu anggota keluarga yang sakit ke pusat pelayanan kesehatan terdekat dan juga dapat memeriksakan secara rutin jika terdapat gejala-gejala kekambuhan.

Kelima tugas keluarga di atas akan memberikan dampak yang positif jika diterapkan pada keluarga dengan gangguan jiwa khususnya pada keluarga dengan gangguan jiwa. Apabila keluarga telah mengetahui dengan jelas tentang gangguan jiwa niscaya tidak akan banyak ditemukan kasus-kasus gangguan jiwa yang tersebar di hampir semua daerah di Indonesia. Pengetahuan yang memadai tentang gangguan jiwa akan membuat keluarga mencari cara yang tepat untuk mengatasi gangguan tersebut. Keluarga juga dapat memberikan perawatan yang adekuat kepada klien sesuai dengan gangguan yang dialami dengan cara menciptakan suasana yang tenang dan kondusif di rumah untuk memberikan kenyamanan kepada klien. Dampak positif lain dapat berupa kesiapan keluarga untuk segera membawa

klien yang mengalami kekambuhan atau kondisi lain yang tidak dapat ditangani ke fasilitas pelayanan kesehatan yang telah ditunjuk.

Tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa sangat dipengaruhi oleh pengetahuan keluarga, diantaranya perilaku kesehatan dan keyakinan tentang sistem kesehatan yang diyakini keluarga. Menurut Green (1980 dalam Notoatmodjo, 2000), perilaku kesehatan klien maupun keluarga dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu :

1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Mencakup pengetahuan dan sikap keluarga terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan keluarga terhadap terhadap hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut keluarga, tingkat pendidikan keluarga dan tingkat sosial ekonomi keluarga. Misalnya tradisi gangguan jiwa yang dilakukan keluarga terhadap klien gangguan jiwa di daerah pedesaan dapat dianggap sebagai warisan dari nenek moyang. Perlakuan seperti ini dilatarbelakangi oleh pemahaman yang sangat minim terhadap



gangguan jiwa. Ditambah lagi dengan rendahnya tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi keluarga yang secara tidak langsung sangat mempengaruhi keluarga dalam memperlakukan klien gangguan jiwa.

## 2) Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi keluarga, termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit Jiwa, ketersediaan psikiater atau perawat jiwa yang mudah dijangkau oleh keluarga. Pemasungan biasanya dilakukan oleh masyarakat yang bertempat tinggal di daerah pedesaan yang mempunyai jarak cukup jauh dari sarana pelayanan kesehatan sehingga sulit dijangkau oleh tenaga kesehatan. Kesulitan dalam mengakses sarana pelayanan kesehatan semakin menguatkan perilaku keluarga dalam melakukan tindakan negatif terhadap klien gangguan jiwa seperti pemasungan atau pengurungan untuk mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan bila sewaktu-waktu klien mengalami kekambuhan.

3) Faktor penguat (*reenforcing factor*), mencakup sikap dan perilaku tokoh masyarakat dan petugas kesehatan serta adanya undang-undang dan peraturan pemerintah. Sikap masyarakat dan lingkungan keluarga sangat berpengaruh terhadap proses rehabilitasi dan pencegahan kekambuhan klien gangguan jiwa. Pemasungan yang dilakukan keluarga biasanya juga mendapat dukungan dari masyarakat karena kurangnya pengetahuan lingkungan tentang gangguan jiwa. Selain itu, diperlukan juga peraturan pemerintah yang mengatur tentang kemudahan penggunaan fasilitas kesehatan bagi keluarga dan masyarakat. Sampai saat ini, undang-undang Kesehatan Jiwa (*Mental Health Act*) di Indonesia yang berfungsi melindungi penderita gangguan jiwa dari kemungkinan perlakuan tidak adil dan pelanggaran HAM masih belum jelas.

#### **2.1.2.4 Karakteristik Keluarga**

Untuk bekerjasama dengan keluarga, perawat harus mengembangkan kolaborasi dengan klien dan keluarganya. Ini berarti bahwa keluarga dipandang

sebagai sebuah unit perawatan dan sebagai partner dalam intervensi dan rehabilitasi (Fontaine, 2003). Dalam mewujudkan hal ini, perawat juga harus memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi karakteristik keluarga seperti usia, suku, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan sistem keyakinan keluarga. Menurut Stuart dan Laraia (2005), ada beberapa faktor sosiokultural yang dapat berfungsi sebagai faktor risiko atau sebaliknya menjadi faktor pendukung yang mempengaruhi sistem kesehatan keluarga yaitu :

#### 1) Usia

Usia berhubungan dengan keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan jiwa dimana semakin bertambah usia seseorang maka semakin besar kepercayaannya untuk mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan. Stuart dan Laraia (2005) mengatakan puncak usia tersebut berada pada kelompok usia antara 25 dan 44 tahun, dan semakin menurun seiring dengan pertambahan usia. Hal ini diduga sebagai akibat dari pengalaman hidup dan kematangan jiwanya.

## 2) Etnis

Istilah etnis disini mengacu kepada ras, kebangsaan, suku, bahasa, dan asal kebudayaan. Etnis memainkan peranan penting terhadap perkembangan dan pemulihan gangguan jiwa. Faktor kebudayaan sering menjadi penghambat untuk mencari pertolongan kesehatan sehingga tidak jarang individu dengan gangguan jiwa lebih banyak dibawa ke pengobatan tradisional. Menurut Shin (2002 dalam Stuart & Laraia, 2005), kebanyakan penduduk Asia mempunyai tingkat kunjungan yang sangat rendah ke pelayanan kesehatan jiwa.

## 3) Jenis kelamin

Secara umum, laki-laki dan perempuan mempunyai prevalensi yang sama untuk mengidap gangguan jiwa. Perbedaan aktual dari keduanya terlihat pada jenis gangguan yang didiagnosa secara umum. Kekerasan dan gangguan kepribadian anti sosial mempunyai prevalensi yang tinggi pada laki-laki sedangkan gangguan afektif dan ansietas mempunyai prevalensi yang tinggi pada perempuan.

#### 4) Pendidikan

Sejumlah studi mengidentifikasi pentingnya pendidikan sebagai sumber coping dan pencegahan terhadap gangguan jiwa, bahkan dikatakan pendidikan lebih bermakna daripada tingkat penghasilan dalam menentukan penggunaan fasilitas kesehatan jiwa. Individu dengan pendidikan tinggi lebih sering menggunakan fasilitas kesehatan jiwa daripada pendidikan rendah.

#### 5) Pendapatan

Kemiskinan merupakan sebuah faktor risiko yang sangat menentukan dalam mencari pertolongan dan dalam keputusan menggunakan fasilitas kesehatan jiwa. Faktor penghasilan yang rendah juga menjadi salah satu penyebab gangguan jiwa.

#### 6) Keyakinan

Keyakinan seseorang melingkupi semua aspek kehidupan meliputi sistem keyakinan, pandangan, agama atau spiritualitas yang dapat memberikan efek positif atau negatif terhadap kesehatan jiwa. Sistem keyakinan yang adaptif dapat

meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup, serta dapat menjadi pendukung rehabilitasi gangguan jiwa. Sedangkan sistem keyakinan yang maladaptif dapat berperan negatif terhadap perubahan status kesehatan, penolakan terhadap treatment dan intervensi yang direkomendasikan, serta dapat membahayakan diri individu.

### **2.1.3 Klien Gangguan Jiwa**

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa bagian terpenting dari pandangan aspek holistik keperawatan adalah keterampilan perawat dalam memahami konteks sosial budaya yang dimiliki oleh klien. Pada setiap interaksi dengan klien, perawat diharapkan peduli dengan budaya terutama yang terkait dengan kehidupan klien. Berikut ini akan dibahas hal yang berkaitan erat dengan klien gangguan jiwa yaitu karakteristik klien

#### **2.1.3.1 Karakteristik Klien**

Berdasarkan konsep Stuart dan Laraia (2005) di atas, dapat dinyatakan bahwa karakteristik klien yang mengalami gangguan jiwa dapat dilihat dari aspek sosial budaya. Hal serupa juga dinyatakan

oleh Towsend (2005) bahwa karakteristik klien dengan gangguan jiwa dipengaruhi oleh factor-faktor yaitu usia, status sosial, pendidikan, agama yang akan dibahas berikut ini:

#### 1) Usia

Usia seseorang akan mempengaruhi koping yang dilakukan terhadap penyakit. Usia ketika mulai mengalami gangguan jiwa merupakan alat prediksi yang kuat dalam prognosis gangguan tersebut. Individu yang mengalami gangguan jiwa pada usia muda memiliki prognosis yang lebih buruk daripada individu yang mengalami gangguan jiwa pada usia lebih tua (Buchanan & Carpenter, 2000 dalam Videbeck, 2008). Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas individu. Kedewasaan adalah tingkat kedewasaan teknis dalam melaksanakan tugas-tugas maupun kedewasaan psikologis. Klien yang berusia muda tidak memiliki pengalaman hidup mandiri yang berhasil atau mencukupi kebutuhannya sendiri serta memiliki perasaan terhadap identitas personal

yang kurang berkembang daripada klien yang berusia lebih tua.

## 2) Status sosial

Status sosioekonomi mengacu pada pendapatan, pendidikan dan pekerjaan individu (Lipson et al, 1996 dalam Videbeck, 2008). Menurut Townsend (2005), banyak hal yang telah dicoba untuk dikaitkan dengan masalah gangguan jiwa dalam hal ini skizofrenia dan salah satu faktornya adalah masalah status sosial. Status sosioekonomi yang rendah lebih banyak menimbulkan risiko mengalami skizofrenia dibanding pada tingkat sosioekonomi tinggi. Hal ini berpengaruh terhadap kondisi kehidupan yang berada dalam garis kemiskinan seperti tidak memadainya fasilitas akomodasi, nutrisi yang tidak adekuat, rendahnya pemenuhan kebutuhan perawatan untuk anggota keluarga, terbatasnya sumber untuk mengatasi situasi stres dan perasaan tidak berdaya.

## 3) Pendidikan

Pendidikan merupakan penambahan



pengetahuan terkait dengan sesuatu yang diketahui dan kepandaian suatu hal yang diperoleh dari proses pembelajaran. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan klien dalam berinteraksi secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Pendidikan bagi seseorang merupakan suatu penambahan pengetahuan untuk meningkatkan kemampuan dan mutu kehidupan manusia serta meningkatkan kualitas hidup baik jasmani maupun rohani, meskipun bagi sebagian orang pendidikan merupakan gengsi atau prestise. Pendidikan akan mempengaruhi perilaku, dimana individu dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti dan mudah menyelesaikan masalah.

#### 4) Agama

Spiritualitas mencakup esensi keberadaan individu dan keyakinannya tentang makna hidup dan tujuan hidup. Spiritualitas dapat mencakup keyakinan kepada Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi, praktik

keagamaan, keyakinan dan praktik budaya (Videbeck, 2008). Beberapa studi menunjukkan bahwa agama dan spiritualitas dapat bermanfaat bagi keluarga yang anggotanya menderita gangguan jiwa. Agama terbukti berperan penting dalam memberi dukungan kepada keluarga yang merawat dan merupakan sumber utama hiburan (Stolley & Koenig, 1997 dalam Videbeck, 2008). Menggabungkan faktor spiritualitas ke dalam perawatan klien dapat membantu klien melakukan koping terhadap penyakit dan menemukan makna serta tujuan dalam situasi tersebut dan dapat menawarkan sumber dukungan yang kuat.

#### **2.1.4 Terapi keluarga pada klien dengan gangguan jiwa**

Bekerjasama dengan anggota keluarga merupakan bagian penting dari proses perawatan klien gangguan jiwa (Stuart & Laraia, 2005). Marsh (2000, dalam Stuart & Laraia, 2005) mengatakan bahwa '*competence paradigma*' merupakan sebuah model intervensi inovatif yang mendeskripsikan tentang

bagaimana intervensi dan hubungan kolaborasi antara keluarga dengan tenaga kesehatan jiwa profesional. Model ini digunakan untuk meningkatkan pemahaman tentang karakter keluarga yang relevan dengan coping keluarga dengan gangguan jiwa. Model ini juga dapat memfasilitasi pengkajian sifat-sifat positif yang dimiliki anggota keluarga, menawarkan suatu perencanaan intervensi yang efektif untuk klien dan keluarga, dan merupakan upaya untuk mengevaluasi hasil yang dicapai keluarga.

Secara umum, program komprehensif dalam bekerjasama dengan keluarga terdiri dari beberapa komponen berikut ini (Marsh, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005) :

- 1) *Didactic component*, memberikan informasi tentang gangguan jiwa dan sistem kesehatan jiwa. Pada komponen ini, difokuskan pada peningkatan pengetahuan bagi anggota keluarga melalui metode pengajaran psikoedukasi.
- 2) *Skill component*, menawarkan pelatihan cara komunikasi, resolusi konflik, pemecahan

masalah, bertindak asertif, manajemen perilaku, dan manajemen stres. Pada komponen ini, difokuskan pada penguasaan dan peningkatan keterampilan keluarga dalam merawat keluarga dengan gangguan jiwa termasuk ketrampilan mengekspresikan perasaan anggota keluarga sehingga diharapkan dapat mengurangi beban yang dirasakan keluarga.

3) *Emotional component*, memberi kesempatan keluarga untuk ventilasi, bertukar pendapat, dan mengerahkan sumber daya yang dimiliki. Pada komponen ini, difokuskan pada penguatan emosional anggota keluarga untuk mengurangi stress merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Keluarga dapat saling menceritakan pengalaman dan perasaannya serta bertukar informasi dengan anggota kelompok yang lain tentang pengalaman merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

4) *Family process component*, berfokus pada koping keluarga dengan gangguan jiwa dan gejala sisa yang mungkin muncul. Pada komponen ini, difokuskan pada penguatan koping anggota

keluarga dalam menghadapi kemungkinan kekambuhan klien di masa depan.

- 5) *Social component*, meningkatkan penggunaan jaringan dukungan formal dan informal. Pada komponen ini, difokuskan pada pemberdayaan keluarga dan komunitas untuk meningkatkan kerjasama yang berkesinambungan dan terus menerus.

Kelima komponen di atas sangat tepat diterapkan sebagai prinsip dasar dalam menjalin kerjasama dengan keluarga dengan gangguan jiwa karena telah mencakup semua hal yang diperlukan untuk sebuah kolaborasi antara keluarga klien dengan tenaga kesehatan. Semua komponen tersebut telah dirancang khusus untuk memenuhi kebutuhan kognitif dan perilaku bagi keluarga dengan gangguan jiwa.

Tabel 2.1 *Paradigms Used in Working with Families*

Komponen	<i>Pathology Paradigm</i>	<i>Competence Paradigm</i>
Dasar paradigma	<i>Disease-based medical model</i>	<i>Health-based developmental model</i>
Pandangan keluarga	Patologi, disfungsi	Kemampuan dasar/potensial
Penekanan	Kelemahan, kekurangan, dan gangguan	Kekuatan, sumber daya, dan kesejahteraan
Peran perawat/tenaga kesehatan	Pemberi psikoterapi	Pendukung keluarga untuk mencapai tujuan
Peran keluarga	Klien atau pasien	Kolaborasi
Dasar pengkajian	Tipologi klinik	Kemampuan dan defisit kemampuan
Tujuan intervensi	Intervensi terhadap patologi/ disfungsi keluarga	Pemberdayaan keluarga untuk mencapai tujuan
Modus operandi	Penentu psikoterapi	Penguatan kemampuan yang relevan
Perspektif sistemik	<i>Family systems framework</i>	<i>Ecological systems framework</i>

Marsh (2000) : *Serious mental illness & the family* (Stuart & Laraia, 2005)

Dari tabel di atas dapat terlihat bahwa konsep *competence paradigm* memiliki beberapa aspek positif yang dapat diterapkan dalam bekerjasama dengan keluarga dengan gangguan jiwa. Konsep tersebut lebih menekankan pada kekuatan/sumber daya yang dimiliki keluarga sebagai suatu kemampuan potensial untuk menyelesaikan krisis

yang dialami keluarga. Dalam model ini, tenaga kesehatan lebih banyak berperan sebagai pendukung keluarga untuk mencapai tujuan melalui pemberdayaan keluarga sehingga tercipta suatu hubungan kolaborasi yang dinamis antara keluarga dengan tenaga kesehatan. Perspektif yang digunakan dalam konsep ini juga lebih berfokus terhadap penguatan sistem lingkungan di sekitar keluarga sehingga memungkinkan adanya peningkatan dukungan eksternal terhadap keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

#### 2.1.4.1 Intervensi dan Terapi untuk Keluarga dengan Gangguan jiwa

Intervensi kepada keluarga secara langsung akan menurunkan *stress* dalam lingkungan keluarga dan meminimalkan beban asuhan perawatan pada anggota keluarga. Intervensi yang dapat memberikan *support* meliputi psikoedukasi yang dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit dan menurunkan stres pada keluarga. Berbagai bentuk terapi modalitas dapat diberikan pada keluarga dengan klien gangguan jiwa. Terapi yang diberikan dapat berupa terapi

individu, terapi keluarga, terapi kelompok dan terapi komunitas juga terapi kolaborasi yaitu psikofarmaka.

Adapun terapi yang akan dibahas dalam hal ini adalah terapi keluarga, dimana terapi keluarga merupakan suatu intervensi penting dalam perubahan hubungan yang kompleks untuk merubah interaksi antara anggota keluarga. Terapi ini berfokus pada proses evaluasi hubungan, pola komunikasi, struktur, dan peran alami hubungan dalam keluarga (Varcarolis, 2006). Secara umum, untuk tahap awal dilakukan terapi terhadap keluarga dengan tujuan agar keluarga dapat terlibat dalam perawatan klien baik di rumah sakit maupun di rumah serta diharapkan keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien.

Adapun intervensi keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga dengan gangguan jiwa menurut CMHN (2005) adalah sebagai berikut :

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien
- 2) Berikan penjelasan pada keluarga tentang



pengertian, etiologi, tanda dan gejala, dan cara merawat klien dengan gangguan jiwa

- 3) Demonstrasikan cara merawat klien sesuai jenis gangguan yang dialami
- 4) Berikan kesempatan pada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien yang telah diajarkan
- 5) Bantu keluarga untuk menyusun rencana kegiatan di rumah

Menurut Stuart dan Laraia (2005), ada dua prinsip utama dalam terapi keluarga yang membedakannya dari terapi individu atau kelompok dan terapi-terapi yang lain, yaitu

- 1) Keluarga diartikan sebagai sebuah sistem perilaku dengan berbagai keunikan dibandingkan dengan karakteristik sejumlah individu anggota keluarga.
- 2) Diasumsikan bahwa ada hubungan tertutup antara fungsi keluarga sebagai suatu kumpulan dan adaptasi emosional dari individu anggota keluarga.

Dalam perkembangannya, terdapat berbagai jenis terapi keluarga dari berbagai aliran. Meskipun demikian, secara umum tujuan dari terapi keluarga

adalah untuk meningkatkan ketrampilan individu, komunikasi, perilaku, dan fungsi dari keluarga. Varcarolis (2006) mengidentifikasi beberapa jenis terapi keluarga yang berbasis pada *insight-oriented family therapy* dan *behavioral family therapy*. *Insight-oriented family therapy* berfokus pada proses *unconsciousness* (bawah sadar) yang mempengaruhi hubungan kebersamaan antar anggota keluarga dan mendorong munculnya *insight* tentang diri sendiri dan anggota keluarga. Berikut ini tiga jenis pendekatan terapi keluarga yang berfokus pada *insight-oriented family therapy* yaitu :

- 1) *Psychodynamic Therapy*, dikembangkan oleh Ackerman et al dengan dasar konsep perbaikan/peningkatan *insight* dalam menyikapi cara pandang terhadap hubungan masalah yang terjadi di masa lalu
- 2) *Family-of-origin therapy*, dikembangkan oleh Murray Bowen dengan asumsi bahwa keluarga dipandang sebagai suatu sistem hubungan emosional. Bowen percaya bahwa keluarga mempunyai pengaruh sangat besar terhadap hidup seseorang. Setiap kali seseorang masuk dalam

suatu hubungan, pola-pola lama yang ada dalam keluarga sangat berpengaruh terlebih jika individu mempunyai *unfinished business* dalam hubungan di keluarga. Oleh karena itu, salah satu alat terapi Bowen adalah peta keluarga (genogram) 3 generasi. Model Bowen ini kelak menjadi dasar konsep *family triangles*.

- 3) *Experimental-existensial therapy*, dikembangkan oleh Virginia Satir et al dengan konsep bahwa tujuan terapi adalah untuk meningkatkan pertumbuhan keluarga dengan asumsi perlunya pemberdayaan keluarga untuk memecahkan masalahnya sendiri. Menurut Satir, peran terapis adalah membantu mengidentifikasi disfungsi pola komunikasi dalam keluarga.

Sedangkan jenis pendekatan terapi keluarga yang berfokus pada *behavioral family therapy* lebih berfokus pada modifikasi perilaku dengan asumsi bahwa perilaku adaptif dapat dipelajari secara kognitif, rasional ataupun irasional sehingga hasilnya akan membawa perubahan tingkah laku. Jenis pendekatan terapi keluarga ini adalah sebagai berikut :

- 1) *Structural therapy*, dikembangkan oleh Salvador Minuchin dengan konsep perbaikan yang berfokus pada pola, ikatan dan struktur keluarga. Untuk mengubah masalah, struktur keluarga harus diperbaiki. Model ini sangat populer di tahun 1970-an.
- 2) *Strategic therapy*, dikembangkan oleh Haley et al dengan tujuan untuk mengubah pengulangan pola interaksi maladaptif dalam keluarga.
- 3) *Cognitive-behavioral therapy*, dikembangkan oleh Aaron Beck dan Albert Ellis dengan konsep bahwa kelakuan bermasalah timbul karena pola pikir bermasalah. Dengan mengubah pola pikir yang salah, maka kelakuan bermasalah akan hilang/berubah. Model ini sangat berpengaruh saat ini.
- 4) *Family Psychoeducation Therapy*, dikembangkan oleh Carol Anderson et al pada awal tahun 80-an dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Model ini semakin populer karena memperlihatkan hasil yang sangat memuaskan pada penderita Schizofrenia dan beberapa gangguan mayor lainnya. Saat ini, psikoedukasi telah dikembangkan dan dimodifikasi ke dalam berbagai metode sesuai dengan tujuan

penerapannya.

Dari penjelasan tentang beberapa terapi keluarga di atas, dapat disimpulkan bahwa jenis terapi keluarga yang paling sesuai diterapkan untuk keluarga dengan klien gangguan jiwa adalah *Family Psychoeducation therapy*. Hal ini disebabkan karena melalui psikoedukasi, keluarga akan mendapatkan informasi, pengetahuan, manajemen stres dan adaptasi, peningkatan koping serta peningkatan ketrampilan keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

## **2.2 Beban Keluarga (*Family Burden*)**

### **2.2.1 Beban Keluarga dengan Gangguan Jiwa**

Menurut Mohr (2006), beban keluarga dapat diartikan sebagai stres atau efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya. Fontaine (2003) mengatakan bahwa beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional

dan ekonomi dari keluarga. Sebagaimana respon keluarga terhadap berduka dan trauma, keluarga dengan gangguan jiwa juga membutuhkan empati dan dukungan dari tenaga kesehatan profesional (Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2003).

Dalam laporan WHO (2008), dikatakan bahwa anggota keluarga merupakan pihak utama yang menanggung beban fisik, emosional dan finansial karena adanya salah satu anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Dampak langsung yang dirasakan anggota keluarga meliputi penolakan/pengucilan oleh teman, kolega, tetangga dan komunitas yang dapat mengakibatkan anggota keluarga cenderung mengisolasi diri, membatasi diri dalam aktivitas sosial dan menolak berpartisipasi dalam kehidupan sosial yang normal. Kegagalan dalam berhubungan sosial sangat mempengaruhi anggota keluarga dalam hal ketersediaan dukungan dari lingkungan sosial.

Salah satu indikator kesehatan jiwa masyarakat

adalah indikator disabilitas yaitu hari-hari produktif yang hilang akibat gangguan jiwa tertentu yang biasanya dinyatakan dalam *DALYs Loss (Disability Adjusted Life Years)*, yang merupakan ukuran dari sebuah “*Burden Disease*”. Masalah-masalah psikososial jika tidak dikenal dan ditanggulangi pada gilirannya akan berkontribusi dalam meningkatkan “*Burden Disease*” (*The Lancet*, 2007). Status Disabilitas Gangguan Jiwa di Indonesia belum diteliti secara rutin, namun dari data studi *World Bank* di beberapa negara baik yang sedang berkembang maupun negara maju pada tahun 1995 menunjukkan bahwa 8,1% dari “*Global Burden of Disease*” disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa, lebih besar dari tuberkulosis (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%), dan malaria (2,6%). Data ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa termasuk masalah psikososial, harus mendapat prioritas tinggi dalam upaya kesehatan masyarakat.

Menurut Mohr (2006), ada 3 jenis beban keluarga dengan gangguan jiwa yaitu :

1. Beban Obyektif, merupakan beban yang

berhubungan dengan pelaksanaan perawatan klien meliputi tempat tinggal, makanan, transportasi, pengobatan, keuangan, dan intervensi krisis.

2. Beban Subyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan kehilangan, takut, merasa bersalah, marah dan perasaan negatif lainnya yang dialami oleh keluarga sebagai respon terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
3. Beban Iatrogenik, merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya.

Sedangkan WHO (2008) mengkategorikan beban keluarga dengan gangguan jiwa dalam dua jenis beban yaitu :

1. Beban Obyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial



dan aktifitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.

2. Beban Subyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, cemas dan malu dalam situasi sosial, koping stress terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

Dari dua kategori pembagian beban keluarga di atas, dapat disimpulkan bahwa secara umum ada dua jenis beban yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa yaitu beban obyektif dan beban subyektif. Beban obyektif sering dikaitkan dengan sesuatu yang aktual, mengidentifikasikan masalah yang dihadapi keluarga sehubungan dengan adanya klien gangguan jiwa dalam keluarga. Perilaku negatif klien gangguan jiwa sangat mempengaruhi keluarga dalam berinteraksi dengan lingkungan sosial dan lingkungan kerja. Sedangkan beban subyektif didefinisikan sebagai distress psikologis anggota keluarga berkaitan dengan beban obyektif. Keluarga

mengalami rasa kehilangan dan berduka untuk 'klien' yang mereka kenal sebelum mengalami gangguan jiwa yang saat ini telah kehilangan harapan, mimpi dan cita-citanya. Tinggal bersama dan merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa dapat menimbulkan dampak yang hebat terhadap keluarga. Beberapa keluarga mampu bertahan dengan baik sedangkan di sisi lain ada keluarga yang mengalami kelelahan menjalaninya.

Beberapa penelitian melaporkan tentang tingginya beban yang berhubungan dengan perawatan terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa (Gibbons et al, 1963 dalam McDonel et al, 2003). Memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa memang menimbulkan stress yang sangat besar. Secara tidak langsung semua anggota keluarga turut merasakan pengaruh dari gangguan tersebut. Individu dengan gangguan jiwa membutuhkan lebih banyak kasih sayang, bantuan dan dukungan dari semua anggota keluarga. Pada saat yang sama, anggota keluarga merasakan ketakutan, kekhawatiran, dan dampak dari perubahan perilaku anggota keluarga dengan

gangguan jiwa yang dapat meningkatkan ketegangan dan kemampuan anggota keluarga lain untuk berpartisipasi dalam perawatan di rumah.

Menurut Baronett (1999, dalam Dopp, 2008), dari semua faktor yang berhubungan dengan beban keluarga, perubahan perilaku klien merupakan beban yang paling mempengaruhi keluarga. Anggota keluarga sering menjadi sasaran utama perilaku kekerasan ketika klien mengalami kekambuhan (Marsh, 2001 dalam Dopp, 2008). Gangguan jiwa berat juga mempengaruhi finansial keluarga, hubungan, dan kesehatan anggota keluarga yang lain. Beban finansial terjadi ketika klien gangguan jiwa tidak mampu bekerja untuk melunasi tagihan pengobatannya. Di sisi lain, perawatan klien di rumah yang membutuhkan lebih banyak perhatian menyebabkan anggota keluarga kehilangan kehidupan sosialnya. Pandangan masyarakat tentang kondisi klien meningkatkan sensitivitas keluarga yang dapat mempengaruhi hubungan dalam keluarga (Marsh, 1998 dalam Dopp, 2008).

## **2.3 Terapi Psikoedukasi Keluarga**

Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu pengembangan dari terapi keluarga. Dikembangkan oleh Anderson, Falloon, Goldstein dan McFarlane sebagai suatu metode edukasi bagi keluarga dengan salah satu anggota keluarganya menderita gangguan jiwa. Pada awalnya metode ini menunjukkan hasil yang menggembirakan bagi penderita schizofrenia tetapi seiring dengan berkembangnya penelitian ditemukan bahwa metode ini cukup efektif untuk mengurangi tingkat kekambuhan dan mengurangi beban keluarga.

Psikoedukasi keluarga merupakan sebuah metode yang berdasarkan pada penemuan klinik terhadap pelatihan keluarga yang bekerjasama dengan tenaga keperawatan jiwa profesional sebagai bagian dari keseluruhan intervensi klinik untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan. Terapi ini menunjukkan adanya peningkatan *outcomes* pada klien dengan schizofrenia dan gangguan jiwa berat lainnya (Anderson, 1983 dalam Levine, 2002). Terapi ini dapat dikembangkan dan dimodifikasi sedemikian rupa untuk melatih anggota

keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Keluarga merupakan sumber dukungan positif yang sangat luar biasa untuk mempertahankan dan meningkatkan coping keluarga dengan klien gangguan jiwa.

Tujuan utama psikoedukasi keluarga adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Varcarolis, 2006). Sedangkan menurut Levine (2002), tujuan psikoedukasi keluarga adalah untuk mencegah kekambuhan klien gangguan jiwa, dan untuk mempermudah kembalinya klien ke lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan penghargaan terhadap fungsi sosial dan okupasi klien gangguan jiwa. Tujuan lain dari program ini adalah untuk memberi dukungan terhadap anggota keluarga yang lain dalam mengurangi beban keluarga (fisik, mental dan finansial) dalam merawat klien gangguan jiwa untuk waktu yang lama.

Dari tujuan di atas dapat disimpulkan bahwa psikoedukasi keluarga ditujukan untuk meningkatkan kemandirian klien gangguan jiwa melalui peningkatan dukungan dan pengetahuan terhadap anggota keluarga

dalam rangka mengurangi beban keluarga dengan gangguan jiwa. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan peningkatan informasi dan pengetahuan dari anggota keluarga tentang perawatan klien gangguan jiwa dan peningkatan coping yang akan digunakan keluarga untuk mengatasi gangguan tersebut.

Indikasi dilakukannya *family psychoeducation therapy* adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa. Dari beberapa penelitian ditemukan bahwa psikoedukasi keluarga cukup efektif diterapkan terhadap keluarga dengan klien gangguan bipolar (dibandingkan dengan terapi individu yang berfokus pada manajemen krisis), kekambuhan, depresi, rawat inap berulang, dan komunikasi positif (Miklowitz et al, 2003 dalam Stuart & Laraia, 2005).

Indikasi lain adalah terhadap keluarga dengan gangguan perasaan, schizofrenia, dan gangguan jiwa umum lain serta keluarga dengan penolakan dan beban yang tinggi (Clarkin et al, 1998 dalam Stuart & Laraia, 2005). Dari beberapa indikasi di atas, psikoedukasi keluarga sangat sesuai diterapkan untuk keluarga dengan gangguan jiwa karena memenuhi beberapa aspek yang ditentukan

seperti adanya diagnosa gangguan jiwa yang beragam, tingkat kekambuhan yang tinggi, riwayat hospitalisasi berulang, adanya kemungkinan penolakan terhadap intervensi kesehatan dan beban keluarga yang tinggi dari segi fisik, mental dan finansial.

Psikoedukasi untuk keluarga dirancang terutama untuk memberikan edukasi dan dukungan. *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI) dan beberapa kelompok lain menyusun dan mengembangkan sebuah jenis program psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa. Tujuan program ini adalah untuk meningkatkan kemampuan anggota keluarga, mengurangi angka kekambuhan, dan meningkatkan fungsi klien dan keluarga. Tujuan tersebut dicapai melalui pemberian edukasi keluarga tentang penyakit/gangguan, mengajarkan teknik-teknik kepada keluarga yang akan membantu keluarga mengatasi perubahan perilaku klien, dan menguatkan kekuatan keluarga (McFarlane, 1995 dalam Stuart & Laraia, 2005).

Berikut ini merupakan sepuluh sesi program psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa menurut NAMI (1999) :

1. Dasar dan tujuan program, meliputi pengenalan anggota keluarga dan tenaga kesehatan, tujuan dan jangkauan program, deskripsi tentang intervensi, kebijakan dan prosedur program, serta pertemuan dan survey tertulis tentang kebutuhan dan permintaan keluarga secara spesifik.
2. Pengalaman keluarga, meliputi beban keluarga, sistem dan subsistem keluarga, dan perspektif hidup keluarga.
3. Gangguan Jiwa I, meliputi diagnosa, etiologi, prognosis dan intervensi.
4. Gangguan Jiwa II, meliputi gejala, pengobatan, model stres dan hasil-hasil riset terbaru.
5. Manajemen simptom dan masalah, meliputi perilaku bizarre, perilaku destruktif diri, personal hygiene dan gejala distress.
6. Stres, coping dan adaptasi, meliputi model umum, stressor gangguan jiwa, proses adaptasi keluarga, dan peningkatan coping yang efektif.
7. Peningkatan efektifitas klien dan keluarga I, meliputi manajemen perilaku, resolusi konflik, ketrampilan komunikasi dan pemecahan masalah.
8. Peningkatan efektifitas klien dan keluarga II, meliputi



manajemen stres, latihan asertif, pencapaian keseimbangan keluarga dan kebutuhan individu.

9. Hubungan antara keluarga dan tenaga kesehatan, meliputi latar belakang, jenis hubungan keluarga dan tenaga kesehatan, hambatan kolaborasi dan cara mengatasi hambatan.
10. Sumberdaya komunitas, meliputi penggerakan advokasi konsumen, pengkajian sistem, isu-isu legal dan sistem rujukan yang tepat.

Sepuluh sesi di atas sudah mencakup semua hal yang dibutuhkan untuk sebuah psikoedukasi keluarga yang meliputi informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa, manajemen stres dan beban keluarga, peningkatan koping dan adaptasi serta memberikan latihan dan ketrampilan khusus kepada keluarga untuk merawat klien dengan gangguan jiwa jika sewaktu-waktu terjadi kekambuhan.

McFarlane (2002 dalam Dopp, 2008) mengembangkan psikoedukasi keluarga secara berkelompok yaitu *Psychoeducational Multifamily Group Treatment* (PMFGT) yang memfasilitasi *shared problem solving*,

usaha pemulihan dan mengurangi stigma. Mc Farlane menyusun PMFGT ke dalam empat sesi yaitu :

1. Sesi I : terapis bertemu secara terpisah dengan klien dan anggota keluarga.
2. Sesi II : anggota keluarga mengikuti workshop sehari tentang psikoedukasi, biasanya tanpa kehadiran klien. Pada tahap ini, terapis dan anggota keluarga mengembangkan *trust* dan rasa nyaman satu sama lain, dan keluarga memperoleh informasi dan dasar pengetahuan tentang gangguan jiwa. Biasanya terapis dibantu oleh seorang co-terapis. Sebuah format tertutup digunakan untuk mengevaluasi kegiatan kelompok setiap minggu dengan terapis yang sama.
3. Sesi III : Dalam kurun waktu 1 tahun, lebih menekankan pada pencegahan kekambuhan dan rehospitalisasi.
4. Sesi IV : Setelah 6 – 12 bulan kemudian, program lebih menekankan pada rehabilitasi vokasional dan sosial bagi klien.

Penelitian Wardaningsih (2007) bertujuan untuk mengetahui tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam

merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta. Hasil penelitian ditemukan adanya pengaruh psikoedukasi keluarga secara bermakna dalam menurunkan beban keluarga dan meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Selain itu didapatkan data bahwa karakteristik keluarga dan klien tidak memberikan pengaruh yang signifikan. Wardaningsih memodifikasi suatu jenis psikoedukasi keluarga untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien halusinasi di Yogyakarta.

Psikoedukasi untuk klien dengan halusinasi tersebut disusun dalam enam sesi yang meliputi : Sesi I (Pendahuluan) yang terdiri dari materi tentang gangguan jiwa di Indonesia dan beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Sesi II (Cara Merawat Klien Halusinasi) yang terdiri dari 2 subsesi dengan materi : konsep halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, cara komunikasi dengan klien halusinasi, dan cara merawat klien dengan halusinasi. Sesi III (Manajemen Stress dan Kekambuhan) yang terdiri dari materi : mengatasi kekambuhan halusinasi, manajemen stress dan beban

keluarga. Sesi IV (Mengatasi Hambatan) terdiri dari materi : hambatan dalam merawat klien halusinasi dan mengatasi stress, serta mengatasi hambatan dalam hubungan keluarga dengan tenaga kesehatan. Sesi V (Tindak Lanjut) terdiri dari materi : dialog dengan puskesmas, dan pembentukan kelompok swabantu.

#### **2.4 Pedoman *Family Psychoeducational Islamic Therapy* untuk keluarga dengan gangguan jiwa**

Pelaksanaan psikoedukasi pada keluarga klien dengan gangguan jiwa dilakukan modifikasi terhadap prosedur tanpa mengurangi komponen-komponen yang seharusnya ada dalam sebuah terapi psikoedukasi keluarga dengan pertimbangan bahwa terapi ini dilakukan pada keluarga klien dengan gangguan jiwa yang semuanya beragama Islam, sehingga setiap sesi yang diberikan dikaitkan dengan penanaman nilai-nilai Islam.

Berikut ini model *Family Psychoeducational Islamic Therapy* untuk klien dengan gangguan jiwa yang dikembangkan dan dimodifikasi oleh peneliti berdasarkan penelitian Wardaningsih (2007) dan

Hasmilasari (2009) sesuai dengan konsep dan tujuan penelitian :

- a. Sesi I : Pengkajian masalah keluarga, meliputi penyampaian tujuan dan kontrak program psikoedukasi dengan keluarga. Kemudian *sharing* pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa (masalah pribadi yang dihadapi oleh *caregiver* termasuk masalah ibadah dan masalah dalam merawat) serta keinginan dan harapan keluarga selama mengikuti program psikoedukasi keluarga.
- b. Sesi II : Perawatan klien gangguan jiwa, meliputi penyampaian materi tentang gangguan jiwa yang dialami oleh klien gangguan jiwa yaitu materi tentang pengertian, gejala, etiologi, prognosis, intervensi dan terapi yang dapat diberikan kepada klien gangguan jiwa yang disertai dengan informasi dan demonstrasi serta *role play* tentang cara merawat klien dengan gangguan jiwa dengan menerapkan nilai-nilai Islami melalui pelaksanaan ibadah sholat, berdoa, mengaji di rumah.
- c. Sesi III : Manajemen stres keluarga, meliputi materi tentang manajemen stres yang berpedoman pada

AlQur'an dan Hadist, hambatan dan cara mengatasinya yang disertai dengan diskusi dan *role play*.

- d. Sesi IV : Manajemen beban keluarga, meliputi tanda-tanda beban dan cara mengatasi dan berbagi beban yang dialami akibat adanya anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa melalui komunikasi serta latihan asertif bagi keluarga untuk mengungkapkan perasaan masing-masing disertai dengan diskusi dan *role play*.
- e. Sesi V : Pemberdayaan komunitas meliputi hambatan dalam merawat klien gangguan jiwa di rumah, hambatan dalam berhubungan dengan tenaga kesehatan dan cara mengatasi hambatan dalam berkolaborasi, serta diskusi dengan tenaga kesehatan dari Puskesmas tentang sistem rujukan, advokasi hak-hak klien gangguan jiwa dan mencari dukungan untuk pembentukan kelompok suportif dan swabantu.

Kelima sesi di atas akan dilakukan secara sistematis dan terstruktur sesuai dengan langkah-langkah yang telah disusun. Diharapkan dengan penerapan terapi ini dapat memberikan hasil yang memuaskan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat klien dengan

gangguan jiwa dan di sisi lain dapat mengurangi beban keluarga dengan gangguan jiwa terutama beban secara fisik dan emosional.

### **3.1 Kerangka Teori**

Kerangka teori dalam penelitian ini dimulai dengan menjelaskan tentang pengertian dan penyebab gangguan jiwa menurut pendekatan konsep stres adaptasi Stuart Laraia (2005) yang terdiri dari faktor predisposisi, presipitasi, sumber koping dan mekanisme koping.

.Berikut ini adalah gambaran kerangka teori yang digunakan dalam penelitian (Skema 2.1).

## **BAB 3**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

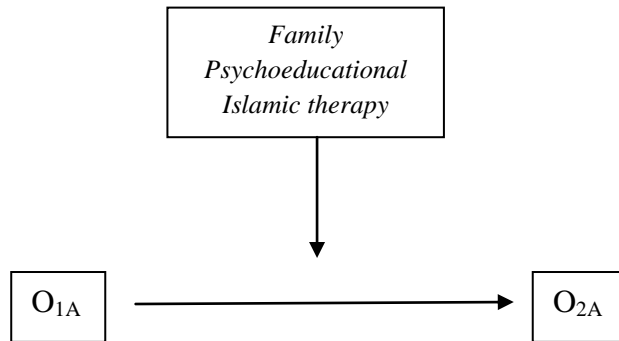
Bab ini menguraikan tentang metodologi penelitian yang terdiri dari : desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, definisi operasional, etika penelitian, metode pengumpulan data, uji coba instrumen, prosedur pengumpulan data dan hasil analisis data.

#### **3.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode *quasi eksperiment* dengan rancangan *pre post test without control group design* dengan intervensi *Family psychoeducational Islamic Therapy*. Penelitian dilakukan untuk mengetahui tingkat beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa sebelum diberikan perlakuan berupa *Family Psychoeducational Islamic Therapy* dan membandingkannya dengan tingkat beban dan pengetahuan keluarga sesudah diberikan perlakuan.

Berikut ini adalah skema desain penelitian yang akan digunakan :





Skema 3.1 Desain Penelitian

Keterangan :

O<sub>1A</sub> : Beban dan pengetahuan keluarga pada *pre-test* sebelum dilakukan *Family Psychoeducational Islamic Therapy*

O<sub>2A</sub> : Beban dan pengetahuan keluarga pada *post-test* setelah dilakukan *Family Psychoeducational Islamic Therapy*

O<sub>2A</sub> - O<sub>1A</sub> : Perbedaan beban dan pengetahuan keluarga pada *pre-post test* (pengaruh *family psychoeducational Islamic therapy* terhadap beban dan pengetahuan keluarga)

## **3.2 Populasi dan Sampel**

### **3.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan gejala/satuan yang ingin diteliti (Prasetyo, 2005). Populasi penelitian ini adalah seluruh keluarga klien dengan gangguan jiwa yang berdomisili di Kecamatan Kalirejo. Data awal yang didapatkan kasus gangguan jiwa di Kecamatan Kalirejo sebanyak 242 orang.

### **3.2.2 Sampel**

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Pada penelitian ini diterapkan *stratified random sampling* dimana yang menjadi sampel adalah keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adapun karakteristik sampel untuk keluarga yang dapat dimasukkan dalam kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Keluarga yang terdekat dan terlibat merawat klien gangguan jiwa
- b. Bertanggung jawab terhadap klien dan tinggal bersama klien
- c. Berusia lebih dari 18 tahun
- d. Bisa membaca dan menulis

- e. Bersedia sebagai responden dalam penelitian

Sampel menggunakan keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang bertempat tinggal di Kecamatan Kalirejo. Dari 24 keluarga yang direncanakan sebagai responden tidak terpenuhi karena pada saat seleksi hanya 15 keluarga yang memenuhi kriteria inklusi. Sedangkan 9 keluarga yang lain tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian karena tidak memenuhi kriteria.

Berikut ini jumlah sampel dari 8 kampung (tabel 3.1)

Tabel 3.1  
Jumlah sampel masing-masing kampung

No	Nama Puskesmas	Jumlah Klien per kampung	Jumlah Sampel yang didapat
1	Kalirejo	33	4
2	Kaliwungu	25	3
3	Sribasuki	20	3
4	Balairejo	15	2
5	Wayakrui	0	0
6	Sriwaylangsep	10	1

7	Kalidadi	15	2
8	Sekitar Kec Kalirejo	124	
Jumlah		242	15

### 3.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di tempat tinggal keluarga dan klien yang mengalami gangguan jiwa berlokasi di Kecamatan Kalirejo Lampung Tengah. Lokasi penelitian ini dipilih dengan alasan terbuka menerima perubahan baru yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa. Kecamatan Kalirejo juga telah menjalankan program kesehatan jiwa masyarakat secara berkesinambungan sehingga sebagian klien dengan gangguan jiwa yang ada di masyarakat telah terpantau secara rutin. Kecamatan Kalirejo juga memiliki jumlah responden yang paling banyak dan memenuhi syarat inklusi serta di tempat ini belum ada riset tentang terapi *Family Psychoeducational Islamic Therapy* pada keluarga klien dengan gangguan jiwa.

### 3.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari bulan Mei 2012 sampai November 2012 dimulai dari kegiatan penyusunan proposal,

pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian.

### **3.5 Hipotesis**

- 3.5.1 Ada pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa.
- 3.5.2 Ada perbedaan beban dan pengetahuan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan *Family Psychoeducational Islamic Therapy*.
- 3.5.3 Ada hubungan karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien) terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

### **3.6 Definisi Operasional**

Definisi operasional ialah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan atau mengubah konsep-konsep yang berupa konstruk dengan kata-kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diamati dan dapat diuji serta ditentukan kebenarannya oleh orang lain (Sarwono, 2006).

Definisi operasional untuk setiap variabel dapat dilihat pada tabel berikut ini.

### 3.6.1 Data Demografi Responden (Keluarga)

Tabel 3.1

#### Definisi Operasional Data Karakteristik Keluarga

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		Operasional			
1	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir saat penelitian dilakukan	Kuesioner item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang usia	A Dinyatakan dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan gender responden yang dibawa sejak lahir	Kuesioner item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang jenis kelamin	A Dinyatakan dengan: 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai responden sesuai dengan ijazah yang dimiliki	Kuesioner item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang pendidikan	A Dinyatakan dengan: 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. PT	Ordinal
4	Pekerjaan	Kegiatan responden yang menghasilkan pendapatan (uang)	Kuesioner item pertanyaan dalam kuesioner demografi	A Dinyatakan dengan: 1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal

			tentang pekerjaan			
5	Hubungan dengan klien	Status anggota keluarga terkait dengan klien	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang hubungan dengan klien		Dinyatakan dengan: 1. Orang tua 2. Bukan orang tua	Nominal

Tabel 3.2  
Definisi Operasional Variabel Dependen dan Independen

N <sup>o</sup>	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Dependen</b>					
1	Beban keluarga	Beban keluarga adalah stres atau efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya yang dapat menyebabkan peningkatan stressor keluarga dalam berkomunikasi, melakukan aktivitas fisik dan perawatan diri sehari-hari, cara	Menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari Disability Schedule WHODAS II yang terdiri dari 25 pertanyaan berupa 4 pertanyaan tentang pemahaman dan	Rentang nilai antara 25 – 100	Interval

	bergaul dengan orang lain, aktivitas sehari-hari dan kegiatan sosial.	komunikasi, 4 pertanyaan tentang aktivitas fisik, 3 pertanyaan tentang perawatan diri, 4 pertanyaan tentang bergaul dengan orang lain, 5 pertanyaan tentang aktivitas sehari-hari dan 5 pertanyaan tentang kegiatan sosial.	
		Penilaian melalui : 1 = Tidak ada kesulitan 2 = Kesulitan ringan 3 = Kesulitan sedang 4 = Kesulitan berat	
2	Pengetahuan keluarga	Pengetahuan keluarga adalah kemampuan secara kognitif untuk merawat klien gangguan jiwa	Menggunakan kuesioner tentang kemampuan kognitif yang terdiri dari 20 pertanyaan
		Penilaian melalui : 1=Sangat tidak setuju 2 = Tidak setuju 3 = Setuju	Rentang nilai antara 20 – 80



---

4 = Sangat setuju

---

### Variabel Independen

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	<i>Family Psychoeducational Islamic Therapy (FPEI)</i>	<i>Family Psychoeducation Islamic Therapy</i> adalah intervensi yang diberikan pada keluarga yang didasarkan pada penemuan klinik terhadap masalah dan beban keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan masalah gangguan jiwa dengan menggunakan pendekatan psikoterapi Islami	<i>Checklist</i> format kegiatan sesi-sesi terapi <i>Family Psychoeducation</i>		

---

### Etika Penelitian

Peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada pihak Kecamatan Kalirejo. Setelah mendapat persetujuan, peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi dengan Puskesmas yang menjadi area penelitian.

Rencana dan tujuan penelitian diinformasikan kepada keluarga melalui kunjungan rumah. Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan (Lampiran 2) yang telah disiapkan oleh peneliti.

Apabila responden menolak atau tidak bersedia ikut serta dalam penelitian ini maka peneliti menghormati keputusan tersebut. Etika penelitian terhadap responden penelitian ini meliputi hak klien dihormati jika timbul respon negatif, privasi dihormati, anonimitas dipertahankan sedangkan terhadap data dijaga kerahasiaannya, akses hanya pada peneliti dan jika data tersebut sudah selesai digunakan maka data dimusnahkan.

Penelitian ini juga memenuhi beberapa prinsip etik yaitu :

a. *Autonomy* (Kebebasan)

Responden penelitian diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela dengan memberikan tanda tangan pada lembar *informed consent*. Tujuan, manfaat dan resiko yang mungkin terjadi pada pelaksanaan

penelitian dijelaskan sebelum responden memberikan persetujuan. Responden juga diberi kebebasan untuk mengundurkan diri setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti atau pada saat penelitian.

b. *Anonimity* (Kerahasiaan)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak menuliskan nama sebenarnya tetapi dengan kode sehingga responden merasa aman dan tenang.

c. *Confidentially*

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian.

d. *Non maleficence*

Responden penelitian diusahakan bebas dari rasa tidak nyaman baik ketidaknyamanan fisik (nyeri, panas, dingin) ataupun ketidaknyamanan psikologis (rasa tertekan, cemas).

e. *Justice*

Penelitian ini tidak melakukan diskriminasi pada kriteria yang tidak relevan saat memilih subyek penelitian, namun berdasarkan alasan yang berhubungan langsung dengan masalah penelitian. Setiap subyek penelitian mendapat perlakuan yang sama selama pelaksanaan intervensi.

### 3.7 Alat Pengumpul Data

Mengumpulkan data merupakan hal yang sangat menentukan dalam sebuah penelitian. Pemilihan instrumen yang tepat dan sesuai akan memberikan hasil yang memuaskan dan dapat mengurangi bias. Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen penelitian dengan mengacu pada teori yang telah diuraikan dalam tinjauan pustaka. Instrumen ini diklasifikasikan sebagai berikut :

#### 1. Instrumen A

Instrumen yang dipakai untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari : karakteristik responden (keluarga klien) yang meliputi usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan hubungan keluarga (Lampiran 3).

#### 2. Instrumen B

Instrumen yang dipakai untuk mengukur beban keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa, disusun dengan merujuk pada *Disability Assessment Schedule WHODAS II* (2000) yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti sesuai konsep dan tujuan penelitian. Instrumen ini terdiri dari 25 pertanyaan berupa 4 pertanyaan tentang pemahaman dan komunikasi keluarga yaitu nomor 1, 2, 3, dan 4,

kemudian 4 pertanyaan tentang aktivitas fisik keluarga yaitu nomor 5, 6, 7, dan 8. Pertanyaan tentang perawatan diri keluarga berjumlah 3 pertanyaan yaitu nomor 9, 10, dan 11, pertanyaan tentang pergaulan dengan orang lain terdiri dari 4 pernyataan yaitu nomor 12, 13, 14, dan 15, selanjutnya 5 pertanyaan tentang aktivitas keluarga sehari-hari yaitu nomor 16, 17, 18, 19, dan 20 dan bagian terakhir 5 pertanyaan tentang kegiatan sosial keluarga yaitu nomor 21, 22, 23, 24, dan 25. Cara penilaian yaitu dengan menghitung jumlah skor dari tiap item dengan nilai sebagai berikut : 1 = tidak ada kesulitan, 2 = tingkat kesulitan ringan, 3 = tingkat kesulitan sedang, dan 4 = tingkat kesulitan berat (Lampiran 4).

### 3. Instrumen C

Instrumen yang dipakai untuk mengukur kemampuan kognitif keluarga terkait dengan kemampuan merawat klien gangguan jiwa. Berupa kuesioner yang dikembangkan oleh peneliti untuk mengetahui kemampuan kognitif keluarga yang dimodifikasi dari penelitian Utami (2008), terdiri dari 20 pertanyaan yang diisi dengan skala 1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = setuju, dan 4 = sangat setuju dengan rentang skor 20 – 80 (Lampiran 5).

### 3.8 Prosedur Pengumpulan Data

Proses penelitian ini telah dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Persiapan administratif
  - a) Mengurus surat perizinan ke Kecamatan Kalirejo dan tembusan Puskesmas Kalirejo.
  - b) Melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan jiwa dari Puskesmas Kalirejo.
  - c) Mengambil data pada responden dengan cara menentukan calon responden yang memenuhi kriteria inklusi melalui pengumpulan data terkait dengan identitas responden dan riwayat gangguan jiwa yang dialami oleh salah satu anggota keluarga responden (Lampiran 3).
  - d) Memberi penjelasan kepada responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini dan memberi kesempatan bertanya kepada responden. Apabila bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka responden menandatangani *Informed Consent* dan peneliti menghargai keputusan responden jika menolak (Lampiran 1 dan 2).

2. Pelaksanaan Kegiatan

Penelitian berlangsung selama 5 minggu dari minggu

kedua bulan Oktober sampai minggu kedua November 2012. Pada penelitian ini telah diteliti 15 keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang semuanya telah diberikan terapi *family psychoeducational Islamic therapy* meliputi langkah-langkah sebagai berikut :

*a. Pre test*

Pada minggu pertama dilakukan pengukuran awal sebelum intervensi untuk mengetahui data demografi klien dan keluarga, skor beban, skor kemampuan kognitif melalui instrumen yang tersedia.

Beban dan kemampuan pada keluarga diukur melalui pengisian kuesioner beban (Lampiran 4), kuesioner kemampuan kognitif (Lampiran 5), kemudian data diedit dan diolah untuk mendapatkan skor awal. Hasil *pre test* nantinya dibandingkan dengan hasil *post test*. Kisi-kisi soal menggunakan lampiran 7.

*b. Intervensi*

*Family Psychoeducational Islamic Therapy* mulai dilakukan pada minggu kedua sesuai dengan sesi-sesi yang telah disusun dalam modul (Lampiran 11). *Family Psychoeducational Islamic Therapy* dilakukan oleh

peneliti dalam 5 sesi yaitu sesi I membahas tentang pengkajian masalah keluarga meliputi masalah pribadi dan masalah dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, sesi II membahas tentang cara perawatan klien gangguan jiwa (gangguan jiwa), sesi III membahas tentang manajemen stres keluarga dengan gangguan jiwa, sesi IV membahas tentang manajemen beban keluarga dengan gangguan jiwa, dan sesi V membahas tentang pemberdayaan komunitas dalam membantu keluarga. Pelaksanaan psikoedukasi dilakukan sesuai kesepakatan dengan keluarga. Rata-rata durasi waktu untuk setiap pertemuan dengan keluarga berlangsung sekitar 45 sampai 60 menit.

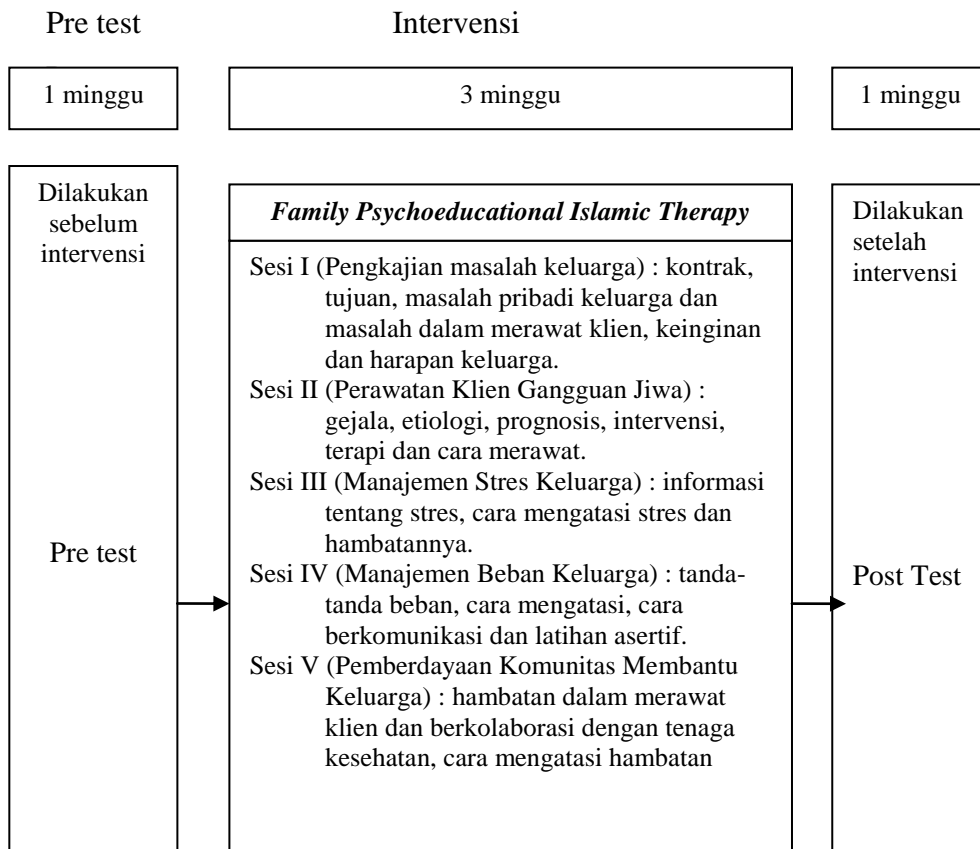
*c. Post test*

Pada minggu terakhir dilakukan post test untuk mengetahui beban dan pengetahuan keluarga sesudah pelaksanaan psikoedukasi dan pemberian asuhan keperawatan. Beban dan pengetahuan keluarga diukur kembali setelah pelaksanaan intervensi melalui pengisian kuesioner yang sama kemudian data diedit dan diolah. Kegiatan ini dilakukan setelah berakhirnya pertemuan kelima yang berlangsung pada minggu



pertama dan kedua bulan November 2012.

Berikut ini merupakan skema alur penelitian yang dilakukan (Skema 3.2).



Skema 3.2 Alur pelaksanaan intervensi *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap beban dan pengetahuan keluarga

### 3.9 Analisis Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer melalui tahapan-tahapan sebagai berikut :

1. *Editing*, kegiatan ini dilakukan untuk menilai kelengkapan data yang diperoleh dari responden. Kuesioner yang telah diisi oleh responden kemudian dilakukan pengecekan apakah jawaban yang ada sudah terisi semua dan apakah jawaban relevan dan konsisten dengan pertanyaan. Hasil yang diperoleh semua kuesioner sudah terisi lengkap dan sesuai dengan pertanyaan.
2. *Coding*, peneliti memberi kode pada setiap kuesioner yang meliputi beban keluarga, kemampuan kognitif. Pemberian kode yaitu dengan kode 1 untuk jawaban negatif, dan kode 2 untuk jawaban positif.
3. *Entry*, peneliti memasukkan data yang sudah terkumpul ke dalam komputer dengan menggunakan program yang ada. Pada tahap ini ada 2 variabel yang kemudian tidak dianalisis karena menunjukkan hasil yang homogen yaitu agama dan pendapatan pada karakteristik keluarga.
4. *Cleaning*, peneliti memeriksa kembali data yang telah dimasukkan untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode. Kesalahan juga

dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer. Setelah data didapat peneliti melakukan pengecekan lagi apakah masih ada kesalahan atau tidak sehingga data siap dianalisis. Pada tahap ini, peneliti baru melakukan pengolahan data setelah memastikan semua data telah dimasukkan dan bebas dari kesalahan.

Untuk analisa data penelitian dilakukan dengan langkah-langkah berikut :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti. Pada penelitian ini variabel yang dianalisis secara univariat adalah karakteristik keluarga, beban keluarga, kemampuan kognitif. Untuk data numerik dihitung sentral tendensi (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *confidence interval*), sedangkan untuk data yang berbentuk kategorik dengan menghitung distribusi frekwensi dan presentase. Penyajian masing-masing variabel menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu pengaruh *family psychoeducational Islamic therapy* terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dan melihat perbedaan kemandirian klien gangguan jiwa setelah intervensi di Kecamatan Kalirejo. Analisis lain yang dilakukan adalah perbedaan beban keluarga, pengetahuan keluarga, sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan *Paired t-test*. Penelitian ini juga menganalisis hubungan karakteristik keluarga dengan beban dan pengetahuan keluarga menggunakan uji regresi linear sederhana, uji Anova dan uji *independent t-test*.

Tabel 3. 3  
Analisis Variabel Penelitian Pengaruh *Family psychoeducational Islamic therapy* terhadap Beban dan Pengetahuan keluarga

<b>A. Analisis variabel beban dan pengetahuan keluarga</b>				
No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Analisis	
1.	Beban keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum intervensi	Beban keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sesudah intervensi	<i>T-paired</i>	
2.	Pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum intervensi	Pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sesudah intervensi	<i>T-paired</i>	

---

**B. Analisis Variabel Karakteristik Keluarga Terhadap Beban Keluarga**

---

No	Variabel Keluarga	Karakteristik	Variabel Beban Keluarga	Cara Analisis
1.	Usia (Interval)		Beban Keluarga	Regresi linear sederhana
2.	Jenis kelamin (Nominal)			<i>Independent t-test</i>
3.	Pendidikan (Ordinal)			Anova
4.	Pekerjaan (Nominal)			<i>Independent t-test</i>
5.	Hubungan dengan klien (Nominal)			<i>Independent t-test</i>

---

**C. Analisis Variabel Karakteristik Keluarga Terhadap Pengetahuan keluarga**

---

No	Variabel Keluarga	Karakteristik	Variabel Pengetahuan keluarga	Cara Analisis
1.	Usia (Interval)		Kognitif	Regresi linear sederhana
2.	Jenis kelamin (Nominal)			<i>Independent t-test</i>
3.	Pendidikan (Ordinal)			Anova
4.	Pekerjaan (Nominal)			<i>Independent t-test</i>
5.	Hubungan dengan klien (Nominal)			<i>Independent t-test</i>

---

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan secara lengkap hasil penelitian pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di Kecamatan Kalirejo. Uraian tentang hasil penelitian ini terdiri dari empat bagian yaitu proses pelaksanaan *Family Psychoeducational Islamic Therapy* pada keluarga dengan gangguan jiwa, karakteristik keluarga dan variabel yang berhubungan dengan beban dan pengetahuan keluarga dengan gangguan jiwa.

#### **4.1 Proses pelaksanaan *Family psychoeducational Islamic Therapy* pada keluarga dengan gangguan jiwa**

Persiapan pelaksanaan *Family Psychoeducational Islamic Therapy* dimulai dengan penentuan responden yang memenuhi kriteria inklusi. Semua keluarga yang bersedia mengikuti kegiatan penelitian telah menandatangani pernyataan kesediaan (*informed consent*) yang diberikan oleh peneliti pada saat kunjungan ke rumah-rumah keluarga.

Dalam penelitian diberikan intervensi yaitu psikoedukasi untuk keluarga klien gangguan jiwa. Pada minggu pertama dilakukan pengukuran awal untuk mengetahui data demografi keluarga, skor beban dan pengetahuan keluarga.

Materi yang disampaikan selama intervensi yaitu pengkajian masalah keluarga dan menjelaskan tentang cara perawatan klien gangguan jiwa dan mengajarkan tentang manajemen stress dan manajemen beban keluarga dengan gangguan jiwa secara Islami serta melakukan evaluasi tentang pemberdayaan komunitas dalam membantu keluarga.

Pada minggu terakhir dilakukan post test untuk mengetahui beban dan pengetahuan keluarga sesudah pelaksanaan intervensi.

#### **4.2 Karakteristik keluarga klien gangguan jiwa.**

Pada bagian ini diuraikan karakteristik responden penelitian yaitu keluarga klien gangguan jiwa

##### **4.2.1 Karakteristik keluarga klien gangguan jiwa.**

Karakteristik keluarga klien gangguan jiwa terdiri dari usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan dan hubungan dengan klien. Karakteristik keluarga menurut usia yang berbentuk data numerik dengan menghitung

sentral tendensi (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *Confidence Interval*) yang secara rinci dijelaskan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1  
Analisis usia keluarga klien gangguan jiwa  
di Kecamatan Kalirejo 2012 (n=15)

Variabel	N	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia	15	60.33	61.00	9.715	36-71

Hasil pada tabel 4.1 diketahui data tidak terdistribusi normal dengan rata-rata usia keluarga klien gangguan jiwa 60.33 tahun, usia termuda 36 tahun dan tertua 71 tahun.

Karakteristik jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien yang terdiri dari data dalam bentuk katagorik menjelaskan jumlah dan persentase masing-masing karakteristik tersebut dan disajikan pada tabel 4.2.

Hasil analisis pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga klien gangguan jiwa adalah (85%), pendidikan keluarga sebagian besar adalah SMP



(50%), sedangkan untuk hubungan dengan klien didapatkan mayoritas adalah orang tua (66.7%).

Tabel 4.2

Distribusi frekwensi keluarga klien gangguan jiwa berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien di Kecamatan Kalirejo 2012 (n=15)

Karakteristik Keluarga	Jumlah	
	N	%
Jenis kelamin :		
1. Laki-laki	10	66.7
2. Perempuan	5	33.3
Pendidikan :		
1. SD	1	6.7
2. SMP	11	73.3
3. SMA	3	20
Hubungan dengan klien :		
1. Orang tua	10	66.7
2. Bukan orang tua	5	33.3

4.3 Beban dan Pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum dan sesudah mengikuti *Family psychoeducational Islamic Therapy*.

#### 4.3.1 Beban Keluarga sebelum dan sesudah mengikuti *Family psychoeducational Islamic Therapy*

Beban keluarga dianalisis dengan melihat skor pernyataan dengan kuesioner rentang nilai 25 sampai 100. Untuk melihat perbedaan beban keluarga sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan uji *t dependent (Paired t test)* yang dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3

Analisis perbedaan beban keluarga sebelum dan sesudah mengikuti *family psychoeducational Islamic Therapy* di Kecamatan Kalirejo 2012 (n=15)

Variabel	Sebelum	Sesudah	Correlation	t	Sig
Beban keluarga:	44.6	43.933	0.344	0.261	0.798

Hasil analisis dari tabel 4.3 didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna beban keluarga sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terjadi penurunan beban keluarga secara bermakna ke tingkat yang lebih rendah dari skor 44.6 menjadi 43.933

#### 4.3.2 Pengetahuan keluarga sebelum dan sesudah mengikuti *Family psychoeducational Islamic Therapy*

Pengetahuan keluarga diuraikan dalam pengetahuan kognitif yang dianalisis dengan melihat skor pernyataan dengan kuesioner rentang nilai 20 sampai 80, sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan *Paired t-test* yang dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4  
Analisis perbedaan kemampuan kognitif keluarga sebelum dan sesudah mengikuti *family psychoeducational Islamic Therapy* di Kecamatan Kalirejo 2012 (n=15)

Variabel	Sebelum	Sesudah	Correlation	T	Sig
Kemampuan kognitif	36.2	54.4667	0.085	-8.909	0.000

Hasil analisis dari tabel 4.4 diketahui bahwa terdapat perbedaan yang bermakna kemampuan kognitif keluarga sebelum dan sesudah intervensi (*p value* 0.000) dengan selisih mean 18.2667. Hasil tersebut menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan keluarga yang cukup tinggi dari skor penilaian awal.

### **4.3 Pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap Beban Keluarga**

*Family Psychoeducational Islamic Therapy* merupakan salah satu bentuk terapi keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik (Stuart & Laraia, 2005). Salah satu tujuan dari program ini adalah untuk memberi dukungan terhadap anggota keluarga (*caregiver*) dalam mengurangi beban keluarga (fisik, mental dan finansial) dalam merawat klien gangguan jiwa untuk waktu yang lama (Levine, 2002).

Hasil analisis menunjukkan skor beban keluarga sebelum pemberian psikoedukasi adalah 44.6 yang dapat dikategorikan beban sedang. Beberapa waktu belakangan ini, beban keluarga telah digunakan untuk mendefinisikan pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa (Glanville & Dixon, 2005). Secara umum, beban keluarga dengan gangguan jiwa diklasifikasikan dalam 2 dimensi yaitu beban objektif dan beban subjektif (Hoenig & Hamilton, 1996; Mohr, 2006; & WHO, 2008). Beban objektif merujuk pada masalah yang sering dihadapi keluarga sehari-hari seperti keterbatasan

waktu luang, aktivitas kerja dan sosial, kehilangan pendapatan, dan terganggunya hubungan keluarga dan rutinitas rumah tangga (Cuijpers, 1999; WHO, 2008). Beban subjektif merujuk pada akibat psikologis yang negatif pada ‘*caregiver*’ meliputi perasaan kehilangan, depresi, kecemasan dan perasaan malu (Webb et al, 1998; WHO, 2008).

Dyck (1999) dan Magliano (2000) menyatakan bahwa beberapa faktor pada klien dapat meningkatkan beban keluarga diantaranya tingkat keparahan gejala, lama rawat di rumah sakit, jumlah hospitalisasi, lama sakit dan tingkat fungsi sosial. Tipe gejala (positif atau negatif) pada schizofrenia juga mendapat perhatian sebagai faktor yang berhubungan dengan beban keluarga. Gejala positif seperti halusinasi dan delusi yang lama disertai dengan fungsi sosial yang jelek dan frekuensi kekambuhan dianggap sebagai pencetus terbesar beban keluarga dibandingkan dengan gejala negatif seperti apatis dan menarik diri (Magliano, 1998; Webb et al, 1998). Sebaliknya Dyck et al (1999) menemukan bahwa gejala negatif juga dapat menjadi penyebab yang signifikan untuk beban keluarga. Dyck et al berpendapat meskipun gejala negatif tidak terjadi secara

episodik seperti gejala positif tetapi gejala-gejala tersebut menyebabkan 'caregiver' harus memberikan perhatian ekstra kepada pasien (meningkatkan kebutuhan untuk bantuan *activity daily living*).

Hasil penelitian menunjukkan penurunan skor beban keluarga setelah mendapatkan *Family Psychoeducational Islamic Therapy* yaitu dari skor 44.6 menjadi 43.933 (selisih 0.667) Penurunan skor tersebut masih dikategorikan dalam tingkat beban sedang dan tidak menunjukkan penurunan yang bermakna dengan *p value* 0,798; alpha 0,05. Menurut analisis peneliti, hal ini terjadi karena rata-rata keluarga sudah merawat klien gangguan jiwa selama kurang lebih 2 tahun sehingga kecenderungan keluarga sudah beradaptasi dengan beban yang dirasakan dalam merawat klien gangguan jiwa. Selain itu, penelitian ini dilakukan pada siang hari sehingga peneliti tidak bisa bertemu dengan semua anggota keluarga yang ada sehingga pengukuran beban keluarga tidak dilakukan pada semua anggota keluarga yang tinggal serumah dengan klien.

Meskipun demikian, secara subjektif keluarga merasakan manfaat yang besar dalam program psikoedukasi karena

keluarga mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang manajemen stres dan beban, peningkatan coping dan adaptasi serta diajarkan latihan dan keterampilan khusus untuk merawat klien dengan gangguan jiwa, menurut keluarga keterampilan ini akan digunakan jika sewaktu-waktu terjadi kekambuhan.

#### **4.4 Pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* (FPE) terhadap Pengetahuan keluarga**

Karakteristik utama pengetahuan keluarga adalah kemampuan untuk manajemen stres yang produktif (Fontaine, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan keluarga yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pemikiran sedangkan psikomotor atau kemampuan praktik merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau keterampilan (Craven, 2000).

Hasil analisis menunjukkan skor kemampuan kognitif keluarga sebelum pemberian psikoedukasi adalah 36.2 yang dapat dikategorikan kemampuan kognitif yang rendah.

Tujuan utama *Family Psychoeducational Islamic Therapy* adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa dengan menggunakan pendekatan terapi keluarga yang berfokus pada aplikasi nilai-nilai Islam. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya dan berhubungan erat dengan tahap perkembangan seseorang (Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

Menurut Marsh (2000, dalam Stuart & Sundeen, 2006), program komprehensif dengan pemberdayaan keluarga memenuhi komponen informasi tentang gangguan jiwa dan sistem kesehatan jiwa, komponen keterampilan (komunikasi, resolusi terhadap konflik, pemecahan masalah, asertif, manajemen perilaku dan stres), komponen emosional, komponen proses keluarga (fokus pada koping terhadap gangguan jiwa) dan komponen sosial (cara meningkatkan hubungan terhadap dukungan formal maupun informal). Keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan klien meningkatkan hasil dengan cara pendidikan dan dukungan keluarga untuk bekerja sama (Stuart & Laraia, 2005).



Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna tingkat kemampuan kognitif keluarga setelah mendapatkan *Family Psychoeducational Islamic Therapy* yaitu menjadi 54.4667. Nilai tersebut memang masih berada dalam kategori kemampuan kognitif rendah tetapi memperlihatkan peningkatan yang bermakna ( $p$  value 0.000;  $\alpha$  0.05). Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dapat meningkat melalui psikoedukasi yang diberikan dalam waktu lima minggu.

Peneliti belum menemukan hasil penelitian terkait dengan *Family Psychoeducational Islamic Therapy* yang mengaplikasikan nilai-nilai Islam sebagai terapi dalam perawatan klien gangguan jiwa. Sedangkan untuk psikoedukasi keluarga secara umum sesuai dengan riset yang dilakukan oleh Chien dan Wong (2007) tentang efektifitas psikoedukasi pada 84 keluarga dengan schizofrenia di Hongkong yang diikuti selama 12 bulan. Program psikoedukasi yang diberikan meliputi materi tentang persepsi, pengetahuan (kognitif) dan keterampilan (psikomotor) tentang perawatan anggota keluarga dengan

schizofrenia. Setelah dievaluasi, sebagian besar keluarga melaporkan adanya perbaikan fungsi keluarga dan fungsi pasien, manajemen beban keluarga serta penurunan jumlah dan lama hospitalisasi pasien dibandingkan dengan standar perawatan yang diterima sebelumnya.

Penelitian lain yang mendukung hasil tersebut adalah penelitian yang dilakukan oleh Swank et al (2007) tentang hubungan keluarga dan partisipasi keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa berat yang dilakukan pada 69 keluarga veteran yang dirawat di pusat perawatan veteran (*Department of Veterans Affairs*). Program psikoedukasi ini dilakukan selama 9 bulan dengan berfokus pada materi edukasi tentang kontak keluarga, kepuasan keluarga, dukungan persepsi keluarga, konflik dan distres keluarga, peningkatan komunikasi anggota keluarga dan ketrampilan '*problem solving*'. Hasil akhir didapatkan rata-rata penurunan kekambuhan dan hospitalisasi dan juga meningkatkan fungsi vokasi dan sosial keluarga.

Menurut Liberman dan Liberman (2003), *Family Psychoeducational Therapy* dapat dianggap sebagai rehabilitasi karena program tersebut memberikan sesuatu

untuk keluarga termasuk pasien, yaitu pengetahuan, keterampilan dan dukungan fungsi yang baik setiap hari untuk mencapai tujuan personal masing-masing. Rosenheck (2000) mengatakan sejumlah keluarga yang ikut berpartisipasi dalam program psikoedukasi menegaskan perlunya keikutsertaan keluarga dalam perawatan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Keluarga mempunyai rasa ketertarikan yang tinggi dalam menerima informasi spesifik tentang penyakit/gangguan dan perawatan gangguan jiwa. Pernyataan ini didukung oleh hasil studi Mueser et al (1992) yang menemukan bahwa klien dengan gangguan jiwa berat dan keluarganya melaporkan pentingnya kebutuhan informasi tentang gangguan psikiatrik dan sebagian besar sangat tertarik dengan topik tertentu seperti medikasi, efek samping dan bekerja dengan tenaga kesehatan profesional.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa *Family Psychoeducational Islamic Therapy* berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan kognitif keluarga terutama keluarga muslim dalam merawat klien dengan gangguan jiwa khususnya dengan gangguan jiwa di rumah. Peningkatan kemampuan kognitif keluarga setelah

mengikuti intervensi *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terlihat dari antusiasme dan partisipasi aktif sebagian besar keluarga dalam mengikuti setiap sesi.

#### **4.5 Keterbatasan Penelitian**

Peneliti menyadari adanya keterbatasan dalam penelitian ini yang disebabkan beberapa faktor, diantaranya :

##### **4.4.1 Proses Pelaksanaan Penelitian**

Dalam proses pelaksanaan psikoedukasi terdapat beberapa keterbatasan antara lain terbatasnya kualitas dan kuantitas waktu interaksi antara peneliti dengan keluarga. Terapi ini dilaksanakan oleh peneliti pada siang hari sehingga pada proses pelaksanaan sesi terapi yang seharusnya dihadiri oleh semua anggota keluarga, pada pelaksanaannya ada beberapa keluarga yang hanya dihadiri oleh salah satu anggota keluarga karena anggota keluarga yang lain masih bekerja. Sehingga hal ini juga bisa menjadi penyebab pengaruh terapi terhadap beban keluarga tidak berpengaruh secara signifikan, karena pengukuran beban keluarga tidak dilakukan pada

semua anggota keluarga yang hidup bersama klien gangguan jiwa.

4.4.2 Pada sesi-sesi psikoedukasi, peneliti telah melakukan modifikasi dimana pada rencana awal setiap sesi akan dilakukan secara terpisah tetapi melihat kondisi di lapangan, hal itu tidak memungkinkan karena waktu penelitian yang terbatas dan rata-rata jarak rumah keluarga dengan keluarga yang lainnya cukup jauh sehingga beberapa sesi ada yang dimodifikasi menjadi satu.

## **4.6 Implikasi Hasil Penelitian**

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di Kecamatan Kalirejo. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap :

### **4.6.1 Pelayanan Kesehatan Jiwa**

Penelitian ini memberikan informasi tentang beban dan pengetahuan yang dirasakan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di rumah terkait dengan pelaksanaan psikoedukasi terhadap keluarga. *Family*

*Psychoeducational Islamic Therapy* dapat dijadikan sebagai celah masuk dalam lingkungan masyarakat terutama untuk membina keluarga-keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita gangguan jiwa dan lebih memilih untuk dirawat di rumah. Hal ini memerlukan dukungan dan kerjasama dari berbagai pihak terkait secara terpadu bukan hanya dari Kementerian Kesehatan tapi juga Kementerian Agama, untuk peningkatan kesehatan jiwa masyarakat secara holistik, dengan kegiatan *home visit* yang lebih terstruktur dan penyuluhan kesehatan jiwa secara rutin untuk desa-desa yang sulit dijangkau karena keterbatasan sarana dan pra sarana. Serta diharapkan juga terbentuknya Desa Siaga Sehat Jiwa di beberapa wilayah kerja yang sudah memiliki potensi untuk pengembangan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat.

#### **4.6.2 Kepentingan Penelitian**

Perlu dikembangkan penelitian lain tentang hubungan *Family Psychoeducational Islamic Therapy* dengan tingkat kekambuhan klien, karakteristik klien yang mempengaruhi pengetahuan keluarga dalam merawat

klien gangguan jiwa penelitian lebih lanjut untuk mengetahui berapa lama efek dari psikoedukasi memberikan dampak terhadap kualitas hidup klien gangguan jiwa khususnya gangguan jiwa dan keluarganya serta perlu dikembangkan penelitian untuk melihat pengaruh dari psikoedukasi yang dikombinasikan dengan jenis terapi lain. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang *Family Psychoeducational Islamic Therapy* di masyarakat.

.

## **BAB 5**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Penelitian ini telah mengidentifikasi pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap beban dan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di Kecamatan Kalirejo tahun 2012. Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian ini maka dapat ditarik simpulan dan saran seperti penjelasan berikut :

#### **5.1 Simpulan**

Karakteristik keluarga klien dengan gangguan jiwa adalah sebagai berikut : rata-rata usia keluarga klien gangguan jiwa 60.3 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki dengan agama yang dianut keluarga semuanya Islam, pendidikan keluarga rata-rata SMP, sedangkan untuk hubungan dengan klien didapatkan yang terbanyak adalah orang tua. Dari karakteristik tersebut dapat disimpulkan bahwa *Family Psychoeducational Islamic Therapy* yang diberikan pada keluarga klien gangguan jiwa yang mayoritas adalah orang tua



klien dengan umur yang sudah lanjut, tingkat pendidikan yang dikategorikan rendah.

Pada penelitian ini *Family Psychoeducational Islamic Therapy* tidak menurunkan beban keluarga secara bermakna tetapi meningkatkan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa secara bermakna. Beban awal dan akhir penelitian keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa berada pada kategori rendah karena sudah merawat klien dengan gangguan jiwa rata-rata selama dua tahun sehingga sudah beradaptasi dengan kondisi klien, sedangkan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa meningkat secara bermakna.

## **5.2 Saran**

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian ini.

5.2.1 Program pelayanan kesehatan jiwa masyarakat perlu dilakukan secara terpadu dengan melibatkan berbagai pihak yang terkait dan dilakukan secara berkesinambungan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup klien dan keluarga.

- 5.2.2 Pelaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa melalui Desa Siaga Sehat Jiwa harus mendapat dukungan dari semua pihak terkait serta mempercepat terbentuknya Desa Siaga Sehat Jiwa di kecamatan yang lain.
- 5.2.3 Keluarga klien dengan gangguan jiwa hendaknya berperan lebih aktif dalam merawat dan mencari sumber pendukung untuk meningkatkan kemandirian klien gangguan jiwa sehingga hasil akhir yang diharapkan klien dapat mandiri dan produktif.
- 5.2.4 Profesi terkait hendaknya menjadikan *Family Psychoeducational Islamic Therapy* sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat.
- 5.2.6 *Evidence based* dijadikan sebagai landasan dalam mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa komunitas yang memerlukan kemampuan terapis dalam melakukan upaya pendekatan dengan tehnik pemberdayaan masyarakat.
- 5.2.7 Penerapan hasil penelitian ini perlu dievaluasi secara terus menerus agar keyakinan dan keefektifannya dapat dibuktikan dan ditingkatkan.

- 5.2.8 Penelitian lebih lanjut hendaknya mampu menjawab hasil penelitian dengan memperbanyak sampel serta memperluas populasi khususnya untuk melihat faktor yang paling dominan berhubungan dengan beban dan kemampuan keluarga.
- 5.2.9 Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan *family psychoeducational Islamic Therapy* untuk menjadikan terapi ini sebagai salah satu model pelayanan kesehatan jiwa.
- 5.2.10 Perlu penyempurnaan terapi lebih lanjut karena terapi bisa dilakukan secara individu atau berkelompok dan memungkinkan untuk dilakukan di lokasi lain selain rumah keluarga, misal di balai pertemuan atau di lokasi lain. Terapi juga sangat bervariasi dalam menentukan durasi dan lama waktu untuk setiap sesi sesuai dengan situasi dan kondisi.

## DAFTAR PUSTAKA

Al Qur'an terjemah

Aide Medicale Internationale. (2008). *Health Messenger : Mental Health*. Jakarta. AMI

Alwisol. (2006). *Psikologi Kepribadian*. Malang : UMM Press. Malang

Anderson et al. (2008). *Terapi Keluarga (Family Therapy)*. ¶ 1. <http://keluarga.info/terapi.htm>, diperoleh tanggal 19 Januari 2009

Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi VI. Jakarta. Rineka Cipta

Badan Pembangunan Nasional. (2008). *Jumlah Penduduk*. ¶ 1. <http://www.bappenas.go.id>. diperoleh tanggal 12 Februari 2009

Barton, S.A. Johnson, M.R. & Price, L.V. (2009). *Achieving Restraint-Free on an Inpatient Behavioral Health Unit*. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services. Thorofare. [www.proquest.com.pgdauto](http://www.proquest.com.pgdauto). diperoleh tanggal 29 Juni 2009

Beech, H. *Hidden away: Stigmatized, abandoned, often locked up, Asia's mentally ill are left to inhabit a living hell*. Time Asia; <http://www.time.com/time/asia/covers>. diperoleh tanggal 26 Februari 2009

Boyd, M.A. & Nihart, M.A. (2002). *Psychiatric Nursing*

*Contemporary Practice*. USA. Lippincott Raven Publisher

Badan Pusat Statistik. (2008). *Jumlah Penduduk*, ¶ 1. <http://www.bandaaceh.go.id>, diperoleh tanggal 12 Februari 2009

Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Chien, W.T. & Wong, K.F. (2007). *A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong*. Psychiatric Services. Arlington. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Juni 2009

CMHN. (2005). *Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*. Jakarta WHO.FIK UI

CMHN. (2007). *Modul Intermediate Course Community Mental Health Nursing*. Jakarta WHO.FIK UI

Cohen, A.N. et al. (2008). *The Family 140 : Directions for the Implementation of Family Psychoeducation for Severe Mental Illness*. Psychiatric Services. Arlington. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Juni 2009

Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2006). *Fundamental of nursing human health and function*. (Fifth edition), Lippincott: Williams & Wilkins.

Depkes. (2005). *Masalah-Masalah Psikososial di Indonesia*.

[www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id). diperoleh tanggal 26 Februari 2009

Dhanda, A. (2005). *The right to treatment of persons with psychosocial disabilities and the role of the courts*. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto) diperoleh tanggal 26 Februari 2009

Dinas Kesehatan Lampung Tengah. (2011). *Laporan Kesehatan tahun 2011. Kabupaten Lampung Tengah*, tidak dipublikasikan

Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). *Update on family psychoeducation for schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin. Washington. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Juni 2009

Djatkiko, (2007). *Berbagai Indikator Taraf Kesehatan Jiwa Masyarakat*. ¶ 2. <http://pdkjijaya.com>. diperoleh tanggal 5 Juni 2008

Doeselaar, M. Slegers, P. & Hutschemaekers, G. (2008). *Professionals' Attitudes Toward Reducing Restraint: The Case of Seclusion in The Netherlands*. Springer Science. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 29 Juni 2009

Doloksaribu, E.I. (2008). *Pasung Cases : Is there a Regulation or law of it?*. diperoleh tanggal 31 Januari 2009

Dopp, P. (2008). *Single & Multi Family Network Interventions : An Integrative Response to Serious Mental Illness*. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 5 Februari 2009

Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing*. New Jersey. Pearson Education. Inc

Fortinash, K.M & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3<sup>rd</sup> ed ) St.Louis Missouri : Mosby.

Friedman, (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 3. EGC. Jakarta

Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing. Third edition*. Canada. Thomson Delmar Learning

Glanville, D.N. & Dixon, L. (2005). *Caregiver Burden, Family Treatment Approaches and Service Use in Families of Patients with Schizophrenia*. The Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences. Jerusalem. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Juni 2009

Groot, L. et al. (2003). *An evaluation of a family psychoeducation program in community mental health*. Psychiatric Rehabilitation Journal. Boston. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Juni 2009

Hartanto, (2003),. *Kesehatan Jiwa*. ¶ 2. <http://www.majalah-farmacia.com>. diperoleh tanggal 30 Mei 2008

Hasmilasari,. (2009),. *Pengaruh Family Psychoeducation Therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireuen Nangroe Aceh Darussalam*. Tesis. FIK UI, tidak

dipublikasikan.

Irmansyah., (2006). *Alokasi Dana untuk Penyakit Jiwa hanya 1%*. ¶ 1. <http://www.depkes.go.id>. diperoleh tanggal 26 Februari 2009

Kaplan & Sadock. (2007). *Sinopsis Psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.

Keliat, B.A. (1996). *Peran serta Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta. EGC

Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di RSJP Bogor*. Disertasi. Jakarta. FKM UI. tidak dipublikasikan

Levine, I.S. (2002). *Family Psychoeducation*. <http://www.minddisorders.com>. diperoleh tanggal 23 Februari 2009

Magliano, L. (2008). *Families of people with severe mental disorders: difficulties and resources*. <http://www.euro.who.int/pubrequest>, diperoleh tanggal 23 Februari 2009

Magliano, L. et al. (2006). *Special Section: A Memorial Tribute: Patient Functioning and Family Burden in a Controlled, Real-World Trial of Family Psychoeducation for Schizophrenia*. Psychiatric Services. Arlington. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Juni 2009

Maramis, W.F. (2006). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*.



Surabaya. Airlangga University Press

- McCubbin, H.I. & Thompson, A.I. (1991). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.
- McDonell, M.G. et al. (2003). *Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality*. Family Process. Oxford. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- McDonell, M.G. Short, R.A. Berry, C.M. & Dyck, D.G. (2003). *Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality*. Family Process. Oxford. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 5 Februari 2009
- Minas, H. & Diatri, H. (2008). *Pasung: Physical restraint and confinement of the mentally ill in the community*. <http://creativecommons.org>. diperoleh tanggal 26 Desember 2008
- Mohr.WK, (2006). *Psychiatric mental health nursing* (6 th edition), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Nair, K.V. *North Rand police probe 'church of chains'*. <http://www.wwrn.org/article>. diperoleh tanggal 26 Februari 2009
- Notoatmojo,S.(2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta

- Polit & Hungler (1999), *Nursing Research Principles And Methods*, Philadelphia : Lippincott
- Pols, J. (2006). *Washing The Citizen: Washing, Cleanliness and Citizenship in Mental Health Care*. Culture, Medicine & Psychiatry. Springer Science.  
[www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 29 Juni 2009
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing : concept, process, and practice*, Philadelphia : Mosby Years Book Inc.
- Prasetyo, B. & Jannah, L.M. (2005). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta. Raja Grafindo Perkasa
- Pusat Penelitian dan Perkembangan Depkes RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. [www.litbang.go.id](http://www.litbang.go.id), diperoleh tanggal 26 Februari 2009
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (2<sup>th</sup> ed). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Setiawan, P. (2008). *Saatnya 'Care' pada Penderita Gangguan Jiwa*. [www.lampungpost.com](http://www.lampungpost.com). diperoleh tanggal 31 Januari 2008
- Sherman, M.D. et al. (2009). *A New Engagement Strategy in a VA-Based Family Psychoeducation Program*. Psychiatric Services. Arlington. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Juni 2009

Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby

Varcarolis, E.M. (2006), *Psychiatric Nursing Clinical Guide; Assesment Tools and Diagnosis* . Philadelphia. W.B Saunders Co

Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3<sup>rd</sup> edition). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.

Videbeck, Sheila. L.(2008), *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta. EGC.

Wardaningsih, S. (2007). *Pengaruh Family Psychoeducation terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta*, Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan

WHO. (2003). *Investing in Mental Health*. [www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health). diperoleh tanggal 23 Februari 2009

WHO. (2007). *The Lancet*. London. Elsevier Properties SA

Workshop II Spesialis Keperawatan Jiwa FIK UI tanggal 1 Februari 2008, tidak dipublikasikan

## **PENJELASAN TENTANG PENELITIAN**

Judul Penelitian :  
**“Pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap Beban dan Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa di Kecamatan Kalirejo Lampung Tengah”**

Peneliti : Rika Damayanti, M.Kep.Sp.Kep.J  
Andi Thahir, S.Pt.,S.Psi.,M.A  
Tien Amalia, S.Si.,M.Sos  
No HP : 081379118566/ 081369906130  
Pekerjaan : Dosen IAIN Raden Intan Lampung

Kami bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh *Family Psychoeducational Islamic Therapy* terhadap Beban dan Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa di Kecamatan Kalirejo Lampung Tengah.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan klien dan keluarga dengan gangguan jiwa. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara : 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya. 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan responden saudara. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

## LEMBAR PERSETUJUAN

---

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di komunitas.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Kalirejo,

.....2012

Responden,

.....  
Nama Jelas

## KUESIONER A

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut ini!
2. Isilah jawaban pada tempat yang tersedia
3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab dengan memberikan tanda (✓) pada tempat yang tersedia

Nomor responden : ..... (diisi peneliti)

Tanggal : .....

Alamat : .....

### **A. DATA DIRI RESPONDEN**

1. Usia keluarga : ..... tahun

2. Jenis kelamin : ( ) Laki-laki  
( ) Perempuan

3. Pendidikan terakhir : ( ) Tidak sekolah ( ) SMA  
( ) SD ( ) PT  
( ) SMP

4. Hubungan dengan klien : ( ) Orang tua ( ) Suami/istri  
( ) Anak ( ) .....  
( ) Saudara kandung

## KUESIONER B BEBAN KELUARGA

### Petunjuk Pengisian :

1. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda check list (  $\sqrt{\quad}$  ) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda :  
TAK = Tidak Ada Kesulitan, R = Tingkat Kesulitan Ringan, S = Tingkat Kesulitan Sedang, dan B = Tingkat Kesulitan Berat.
2. Setiap soal hanya berisi satu jawaban

No	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar tingkat kesulitan yang anda rasakan dalam melakukan kegiatan berikut ini sehubungan dengan adanya anggota keluarga yang sakit :	TAK	R	S	B
<b>Pemahaman dan Komunikasi</b>					
1	Berkonsentrasi dalam melakukan sesuatu selama 10 menit				
2	Mengingat hal-hal yang penting				
3	Menemukan jalan keluar untuk masalah sehari-hari				
4	Mampu memulai dan menyelesaikan pembicaraan dengan orang lain				
<b>Aktivitas Fisik</b>					
5	Berdiri untuk waktu yang lama (sekitar 30 menit)				
6	Berjalan-jalan di sekitar rumah				
7	Keluar rumah				
8	Berjalan jauh (sekitar 1 km)				

<b>Perawatan Diri</b>					
9	Mandi				
10	Berpakaian				
11	Makan				
<b>Bergaul dengan Orang lain</b>					
12	Berhubungan dengan orang yang tidak dikenal				
13	Menjalin persahabatan				
14	Bergaul dengan orang terdekat				
15	Aktivitas seksual				
<b>Aktivitas Sehari-hari</b>					
16	Bertanggung jawab terhadap urusan rumah tangga				
17	Melakukan tugas rumah tangga dengan baik				
18	Mengerjakan tugas rumah yang diinginkan				
19	Melakukan pekerjaan dengan baik				
20	Menyelesaikan pekerjaan sesegera mungkin				
<b>Kegiatan Sosial</b>					
21	Mengikuti kegiatan sosial di masyarakat (pengajian, kenduri, gotong royong)				
22	Merasa percaya diri dalam bergaul dengan masyarakat				
23	Mengatur sumber keuangan keluarga				
24	Menyediakan waktu untuk berhubungan dengan tetangga				
25	Menyediakan waktu untuk mengerjakan hal-hal yang disukai				



## **KUESIONER C**

### **PENGETAHUAN KELUARGA**

**Petunjuk Pengisian :**

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda check list (√) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda : STS = Sangat Tidak Setuju, TS = Tidak Setuju, S= Setuju, dan SS = Sangat Setuju
2. Setiap soal hanya berisi satu jawaban

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental yang sejahtera				
2	Ciri-ciri sehat jiwa adalah bersikap positif terhadap diri sendiri dan mampu menghadapi stress yang terjadi sepanjang hidup				
3	Gangguan jiwa adalah perubahan fungsi fisik dan jiwa yang menyebabkan gangguan sehingga menimbulkan hambatan dalam melaksanakan peran sosial				
4	Penyebab gangguan jiwa adalah pola asuh yang salah dalam keluarga				
5	Tanda-tanda orang yang menarik diri adalah tidak mau bergaul dengan orang lain				
6	Tanda-tanda orang yang kurang perawatan diri adalah menolak untuk mandi				

7	Gejala orang yang mengalami gangguan jiwa adalah marah-marah tanpa ada penyebab				
8	Gejala orang yang mengalami gangguan jiwa adalah sering mendengar suara-suara				
9	Keluarga mengalami sulit tidur bila ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
10	Cara merawat anggota keluarga yang senang menyendiri adalah tidak mengganggu anggota keluarga di kamar				
11	Cara merawat anggota keluarga yang sering bicara sendiri adalah sering menyapa anggota keluarga				
12	Cara merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah sering dilibatkan dalam aktifitas di rumah				
13	Cara merawat anggota keluarga yang sering merasa minder adalah memberikan pujian setelah melakukan suatu kegiatan				
14	Cara merawat anggota keluarga yang tidak mau mandi adalah dengan memandikan				
15	Keluarga harus memberikan obat kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sesuai dengan waktu pemberian				
16	Keluarga harus memberikan obat kepada anggota keluarga yang				

	mengalami gangguan jiwa sesuai dengan dosis obat				
17	Anggota keluarga dengan gangguan jiwa mampu melakukan kegiatan rutin sehari-hari				
18	Anggota keluarga dengan gangguan jiwa mampu bergaul dengan orang lain				
19	Gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan				
20	Jika anggota keluarga dengan gangguan jiwa mengalami kekambuhan harus segera dibawa ke Puskesmas				